

Policlínico Docente: “Raúl Suárez Martínez”

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE
HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES
PRIVADOS DE LIBERTAD.
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO
PROVINCIAL DE ARIZA. 2019-2021**

**Tesis para optar por el título de Especialista de 1er Grado en Medicina
General Integral.**

**Autora: Dra. Nadia Lucia Chaples Valdés.
Residente de 3er año de la Especialidad de Medicina
General Integral.**

**Tutor: Dr. Serguei Antonio Soriano Rodríguez.
Especialidad de I Grado en Medicina General Integral.
Especialidad de I Grado en Medicina Interna.
Profesor Instructor.**

Cienfuegos, 2021

DEDICATORIA

Este trabajo fruto de esfuerzo y dedicación, se lo dedico a mis padres por cada uno de los sacrificios que realizaron para poder brindarme una educación, por enseñarme que la vida sin amor no tiene significado, por estar a mi lado en todo momento, a mi familia y a todos ellos que me han ofrecido su apoyo incondicional en cada paso que he dado. Al Dr. Serguei Antonio Soriano Rodríguez que supo brindarme sus conocimientos y experiencias para la culminación de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por apoyarme en todo momento y haberme dado la oportunidad de tener una educación. Sobre todo por ser un ejemplo de vida a seguir.

A mi familia que de una u otra manera son la principal fuente de inspiración para la realización de este trabajo, ya que sin el optimismo y motivación que me brindaron durante la realización del mismo no hubiera sido posible su culminación.

Quiero extender un sincero agradecimiento al Dr. Serguei Antonio Soriano Rodríguez por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir su experiencia y amplio conocimiento sobre la elaboración del material estudiado en este proyecto. De la misma manera a aquellos profesores que me brindaron durante seis años sus sabios conocimientos, que han sido una fuente enriquecedora para mi formación profesional.

Les agradezco a mis amigos que estuvieron conmigo siempre ayudándome y apoyándome en todo momento.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
Justificación	6
Problema científico	8
FUNDAMENTOS TEÓRICOS	9
Tabaquismo	9
Antecedentes.....	10
Epidemiología.....	11
Clasificación	13
Componentes del tabaco.....	14
Consecuencias del tabaco.....	14
Tabaquismo como una enfermedad	17
OBJETIVOS	21
Objetivo General.....	21
Objetivos Específicos.	21
FUNDAMENTO METODOLÓGICO	22
Operacionalización de variables.....	22
Métodos que se utilizaron.....	23
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
Consideraciones éticas.....	28
RESULTADOS	29
Tabla 1: Distribución de pacientes según grupos de edad y nivel de escolaridad. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2021.	29
Tabla 2: Distribución de pacientes según grupos de edad y la edad de inicio del hábito tabáquico.	30
Tabla 3: Distribución de pacientes según grupos de edad y el motivo de inicio.	31

Tabla 4: Distribución de pacientes según grupos de edad y la cantidad de cigarrillos que fuma.....	32
Tabla 5: Distribución de pacientes según grupos de edad y el nivel de dependencia física a la nicotina.	33
Tabla 6: Distribución de pacientes según el nivel de conocimientos antes y después de la intervención.....	34
DISCUSIÓN	36
CONSLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
ANEXO I: TEST DE FAGERSTRÖM.....	
ANEXO II: CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
ANEXO III: ENCUESTA DE CONOCIMIENTO ACTITUD Y PERCEPCIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO	60
ANEXO IV: PROGRAMA EDUCATIVO: “FUMAR, DAÑO MORTAL”	
ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO JEFE SERVICIOS MÉDICOS DEL MININT	
ANEXO VI: AVALES DEL DIRECTOR DEL POLICLÍNICO.....	
ANEXO VII: DICTAMEN DEL COMITÉ ETICA DE LA INVESTIGACIÓN	
ANEXO VIII: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	

RESUMEN

El consumo de tabaco se ha convertido en un problema de salud pública, no solo por su magnitud, sino también por las consecuencias sanitarias que conlleva. **Objetivo:** Elaborar una intervención educativa sobre conocimiento, actitud y percepción del hábito tabáquico en la población del Consultorio Médico de la Familia No 5. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2021. **Fundamento metodológico:** se realizó un estudio bietápico. En su primera parte el estudio fue observacional descriptivo, la segunda etapa fue un estudio cuasiexperimental. El universo estuvo conformado por 85 pacientes del CMF No.5. La muestra quedó conformada por aquellos pacientes que estuvieron dispuestos a participar en el estudio y no presentaban ninguna discapacidad mental. **Resultados:** Predominaron los pacientes entre 41-50 años (30,6%) y los que presentaban nivel escolar de Secundaria Básica (60,0%). Frecuentaron los reclusos que iniciaron el hábito antes de los 18 años (45,9%), motivados fundamentalmente para calmar los nervios (34,1%). El 61,2% de los pacientes fumaban 16 o más cigarrillos. El Test de Fagerström dio a conocer que el 61,3% de la muestra estudiada presentaban nivel de dependencia alta a la nicotina. Predominaron los pacientes con inadecuado conocimiento antes de la intervención (98,8%) y luego de esta predominaron los pacientes con adecuado nivel de conocimientos (71,8%). **Conclusiones:** Al caracterizar la población, se pudo apreciar que predominó el grupo etario de 41-50 años. Los resultados de la encuesta arrojaron un predominio de pacientes con inadecuado conocimiento antes de la intervención, y luego de la intervención predominaron los pacientes con adecuado nivel de conocimientos.

Palabras clave: conocimiento, actitud, percepción, hábito de fumar, prisiones.

INTRODUCCIÓN

Fumar tabaco es una conducta que realizan a diario millones de personas en distintas partes del mundo. Esto viene haciéndose desde hace décadas, aunque no siempre fue así. La planta de tabaco es originaria de América del Sur fueron los hombres de Cristóbal Colón quienes, a partir del descubrimiento de América, introdujeron el tabaco en España, y de ahí pasó a Europa y a todo el mundo conocido en aquel entonces. Pero ya antes el tabaco se fumaba en América, de un modo distinto al actual al estar básicamente circunscrito a elementos curativos, rituales, mágicos, etc. (1,2)

El consumo del tabaco es una práctica que se remonta antes de la época precolonial, en donde las diferentes culturas indígenas de toda América las usaban en su vida cotidiana por ser consideradas como una planta sagrada dejada por los dioses. El origen del tabaco estuvo en la zona andina entre Perú y Ecuador entre el 5000 y el 3000 A.C. (3,4)

Los indígenas hicieron del tabaco, un instrumento de curación de varias enfermedades y también, lo consideraban un producto con poderes mágicos, por eso tenía un gran papel en la vida religiosa de estas culturas. Se sabe hoy en día que en ese entonces existía cinco formas fundamentales de preparación: zumo, polvo, pasta, humo y en tisana. Según reportes, el uso del tabaco era principalmente usado en pipas de maderas, en donde se colocaba las hojas secas del tabaco cubiertas por las hojas de maíz. (3)

Las primeras semillas fueron llevadas a España por Fray Román Pane en 1518. Posteriormente, fue llevada a Portugal este mismo año, y finalmente, a Japón hasta 1573. Así fue como esta planta “milagrosa”, como era llamada en esa época, comenzó su distribución en Europa y en el resto del mundo. (3)

La persona que favoreció la buena imagen del tabaco como producto medicinal en Europa, fue Jean Nicot, un embajador de Francia en Portugal, quien regalo a la Reina Catalina de Medicis (esposa del rey Enrique II de Francia) esta planta que la curó de la

migraña. Fue Lineo quien inicio los estudios en esta planta y al principal componente de esta planta le llamo Nicotina, en honor a Nicot, quien favoreció la fama de esa época por sus efectos curativos. (3)

Hoy en día su uso está muy extendido en el mundo y el tabaquismo se ha convertido en una enfermedad crónica que se presenta en las personas que consumen tabaco, volviéndose dependientes y que si no son capaces de controlarse irá en aumento progresivo su consumo, afectando terriblemente su salud. (5)

El consumo de tabaco se ha convertido en un problema de salud pública, no solo por su magnitud, sino también por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los elevados costos económicos y sociales que genera. Miles de personas se inician a diario en el tabaquismo entre los 14 y 18 años de edad. Se estima que para el 2030, habrá un incremento de 10 millones de personas fumadoras. (6)

La Organización Mundial de Salud (OMS) estimó en el año 2018, 5.9 millones de muertes a causa del consumo de tabaco; siendo el tabaco la única conducta o producto de consumo legal que causa la muerte a 1 de cada 2 consumidores. Según estimaciones derivadas del Proyecto “Tabaco o Salud”, la prevalencia de consumo de cigarrillos en la región europea de la OMS era 43.5% en hombres y 23.4% en mujeres, lo que representa aproximadamente unos 229 millones de fumadores. Se observa un patrón similar norte-sur, en la prevalencia según el nivel educativo entre los hombres. (7)

Asimismo, la OMS declaró al tabaquismo como uno de los factores de riesgo fundamentales para la mortalidad en el mundo, siendo responsable del 9 % de las muertes totales, y calcula que en el 2030 se incrementarán a 8 millones por año las defunciones atribuibles a esta epidemia, y de no modificarse las actuales tendencias, la mayoría ocurrirá en países desarrollados. (8)

En España, el 28,2% de los hombres y el 20,8% de las mujeres de 16 y más años eran fumadores en 2017. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2018 las enfermedades del sistema circulatorio, tumores y enfermedades respiratorias fueron las

principales causas de muerte en España, todos ellos grandes grupos de causas de muerte asociados al consumo de tabaco. (9)

Se conoce que en el mundo existen más de mil 250 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por género el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5 827 billones de cigarrillos al año.(10)

Cada año, más de 8 millones de personas mueren a causa del consumo de tabaco, lo que representa aproximadamente la mitad de los consumidores. Más de 7 millones de esas muertes se deben al consumo directo de tabaco, mientras que alrededor de 1,2 millones se deben a la exposición de no fumadores al humo ajeno. La mayoría de las muertes relacionadas con el tabaco se producen en países de ingresos bajos y medios, áreas que son objeto de una intensa injerencia y actividad de comercialización por parte de la industria tabacalera. (11)

Para dar respuesta a esta globalización de la epidemia tabáquica se creó el Convenio Marco de la OMS, un tratado de salud pública mundial que tiene por objeto reducir la carga de morbilidad y mortalidad producida por el tabaco. Su entrada en vigor el 27 de febrero de 2005 reafirmó el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud. (3)

El Convenio Marco de la OMS es el primer tratado puesto en marcha por la Organización Mundial de la Salud. Es único entre los convenios relativos al control de sustancias adictivas, porque aborda el control del tabaco desde la perspectiva tanto de la oferta como de la demanda; incluye disposiciones para considerar y cooperar en torno a cuestiones referentes al derecho penal y la responsabilidad civil, y adopta medidas basados en la evidencia científica y que por tanto, han demostrado ser eficaces en la reducción del consumo de tabaco. (3)

Otra estrategia llevada a cabo por la OMS es la implementación del Día Mundial sin Tabaco que se celebra cada 31 de mayo año tras año. Con ello la OMS pretende

centrar la atención en general sobre este importante problema de salud, y a la vez propiciar actuaciones que aparecen como puntuales y que pueden llegar a consolidarse e integrarse en el conjunto de estrategias para la prevención y control del tabaquismo. Propone tratar cada año un aspecto distinto y específico del problema, avanzando así en dar una visión global de las numerosas facetas y de la complicidad que representa el consumo de tabaco. (12)

El consumo de cigarrillos y otros tipos de tabaco es elevado en muchos países de América Latina, pero puede ser muy variable. Por ejemplo, solo el 8,7 % de los hombres fuma en la República Dominicana, el 20 % de los hombres de Cuba fuma y el 32 % de los hombres de Bolivia fuma. (13)

A nivel mundial Cuba se sitúa entre los primeros países en el consumo per cápita de cigarrillos y tabaco. En el año 2018 se observó un incremento del consumo de cigarrillos en un 8,02% respecto al año anterior. El aire contaminado por humo de tabaco es considerado como uno de los más potentes carcinógenos laborales. (7)

Cuba ocupa el quinto lugar en América Latina en la prevalencia del consumo de tabaco, aumentando este hábito desde la adolescencia y las mujeres por lo que se advierte un aumento gradual de esta enfermedad para los próximos años. (7) Uno de cada 10 fumadores inició el hábito antes de los 12 años de edad; cuatro de cada 10, entre 12 y 16 años; y dos de cada 10, entre 17 y 19 años. Por otra parte, las diferencias entre los índices de consumo de adolescentes hembras y varones no son marcadas, esto implica un posible incremento de tabaquismo entre las mujeres. El consumo entre jóvenes es muy elevado y la incorporación a este hábito se produce en mayor porcentaje entre los 12 y los 14 años. Es interesante observar que mientras disminuye la prevalencia de fumadores entre los adultos, en jóvenes se mantiene en iguales o superiores niveles. Es por ello que es lento el proceso de decrecimiento de esta adicción, pues la disminución de la prevalencia en el país ha sido fundamentalmente por la cesación del hábito. (14)

En el año 2019, el consumo per cápita en la población cubana de 15 años y más, fue de 1,464 cigarrillos, que equivale a 73.2 cajetillas de 20 cigarrillos. Esta cifra corresponde a que cada cubano en esas edades fumó 4 cigarrillos diarios, cifra casi similar al año anterior, representando un decrecimiento de 1.55 %, 23 cigarrillos o 1.15 cajetillas menos que el 2018 y un consumo diario menor de 0.2 cigarrillos. Comparado con el año 2016, cuando se inicia el decrecimiento, se fuman 193 cigarrillos menos, lo que representa una reducción de 11.65 %. (15)

En la isla la prevalencia de tabaquismo es del 36,8 % y en la capital del 39,5 %, solo superada por la Isla de la Juventud y Santiago de Cuba. (16) En el 2016 murieron 3 3301 personas por enfermedades producidas directamente por el tabaquismo. De las diez primeras causas de muerte en Cuba, ocho de ellas —como diversos tipos de cáncer— están vinculados con esta adicción, lo cual constituye un reto para la población y las autoridades de salud. (10)

El primer informe del Proyecto Global Cienfuegos, realizado en 1991-1992, reportó una prevalencia de hábito de fumar de 33% (IC 95% 30.7-35.3) en la población con edad ≥ 15 años en la ciudad capital de la provincia. (17)

Desde entonces, el municipio de Cienfuegos (160 000 habitantes en 2012) ha sido supervisado sistemáticamente, primero por el Proyecto Global Cienfuegos en la década de 1990, y desde el comienzo de este siglo, por una iniciativa de varios países de la OPS sobre enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), CARMEN (Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente las Enfermedades No Transmisibles). A través de esta iniciativa, también se han recogido abundantes datos sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados con varias ENT en este municipio. Entre estos, la prevalencia de tabaquismo en Cienfuegos se ha seguido de cerca y es uno de los temas más estudiados en toda la provincia, para lo cual se utilizan las encuestas periódicas realizadas con la metodología del CARMEN. (17)

Justificación

Ofrecer ayuda para dejar el tabaco (tema central de este séptimo Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo) es un componente esencial de cualquier estrategia de control del tabaco. Los objetivos mundiales con respecto al consumo de tabaco no se alcanzarán a menos que los consumidores actuales dejen de fumar y, de hecho, muchos afirman que quieren dejarlo. Con la ayuda de intervenciones poblacionales costo-efectivas, se aumentan considerablemente las posibilidades de que los consumidores dejen el tabaco. (18)

Según el Informe mundial de la OMS sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco en 2000-2025 (tercera edición), durante casi las dos últimas décadas el número total de consumidores de tabaco a nivel mundial ha disminuido de 1 397 000 millones en 2000 a 1 337 000 millones en 2018, lo que supone aproximadamente una reducción de 60 millones de personas. (11)

Como expresión de la política pública que favorece la salud de la población cubana y por tanto la prevención y control del tabaquismo del año 1980 al 2000, se han establecido 37 instrumentos jurídicos aún vigentes en el país, de los cuales tres fueron aprobados por la Asamblea Nacional del Poder Popular (ANPP); cinco por el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros (CECM) ya que tienen alcance nacional; 28 corresponden a Organismos de la Administración Central del Estado (OACE) y uno a un Grupo Empresarial, dado que su alcance se limita a ellos. El instrumento jurídico de mayor rango lo constituye el Acuerdo No.5570/05 del CECM que plantea la prohibición de la venta de cigarrillos y tabacos a menores de 18 años de edad; establece la prohibición de fumar en locales públicos cerrados que no tengan áreas creadas a tales efectos, así como en los medios masivos de transportación; establece también la prohibición de fumar en los centros e instituciones educativas, de la salud e instalaciones deportivas, en los que, de considerarse por los organismos correspondientes, se habilitarán áreas específicas para fumar. En los demás centros e instalaciones pertenecientes a otros organismos o instituciones se crearán áreas para

fumar. En cualquier caso, las áreas de fumadores y de no fumadores deberán estar, debidamente señalizadas. (15)

Centrándonos en el medio penitenciario, podemos resaltar que, la privación de libertad es un proceso complejo y muy difícil para la persona, donde se dan múltiples cambios, entre otros, en la vida personal, familiar, social, además de la adecuación a la vida en prisión. Todo ello puede generar diversos problemas y dificultades, especialmente en el afrontamiento individual y emocional de esta situación. (19,20)

El hábito del tabaquismo, bastante extendido en la población general, aumenta significativamente en situaciones de estrés y privaciones. En el ámbito carcelario, el consumo de tabaco se ha asociado históricamente a las consecuencias negativas de la pérdida de libertad y a los conflictos personales y situacionales subyacentes a la misma.(21,22)

Consecuentemente, los problemas de salud pública que acarrea este hábito se hacen sentir marcadamente en la población reclusa, cuyo porcentaje de fumadores duplica al de la población libre. (21)

Además, en las prisiones predominan los espacios cerrados y coexisten con una fuerte limitación de movimientos lo que incide de forma muy particular en los reclusos no fumadores que se ven obligados a compartir estos locales sin apenas capacidad de sustraerse a sus efectos nocivos. Incluso han de convivir con fumadores muchas horas del día, a veces, incluso en el propio dormitorio o espacio residencial sin contar con una adecuada ventilación. Estas limitaciones afectan, de similar manera, a los trabajadores penitenciarios que comparten largas jornadas en este ambiente. (21)

Es por eso, que nuestro trabajo va dirigido a elevar el nivel conocimiento, actitud y percepción del hábito tabáquico en estos pacientes privados de libertad y así poder erradicar éste hábito nocivo en los internos Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza.

Problema científico

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento, actitud y percepción del hábito tabáquico en la población del CMF No.5 del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza, municipio Rodas en la provincia de Cienfuegos durante el periodo de enero del 2019 a enero de 2021?

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El hábito del tabaquismo, bastante extendido en la población general, aumenta significativamente en situaciones de estrés y privaciones. En el ámbito carcelario, el consumo de tabaco se ha asociado históricamente a las consecuencias negativas de la pérdida de libertad y a los conflictos personales y situacionales subyacentes a la misma.(23)

Consecuentemente, los problemas de salud pública que acarrea este hábito se hacen sentir marcadamente en la población reclusa, cuyo porcentaje de fumadores duplica al de la población libre. Además, en las prisiones predominan los espacios cerrados y coexisten con una fuerte limitación de movimientos lo que incide de forma muy particular en los reclusos no fumadores que se ven obligados a compartir estos locales sin apenas capacidad de sustraerse a sus efectos nocivos. Incluso han de convivir con fumadores muchas horas del día, a veces, incluso en el propio dormitorio o espacio residencial sin contar con una adecuada ventilación. Estas limitaciones afectan, de similar manera, a los trabajadores penitenciarios que comparten largas jornadas en este ambiente. (24)

Tabaquismo

La OMS define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. ^{16,17} La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central. Es una de las drogas más adictivas (con más “enganche”), aún más que la cocaína y la heroína. Se caracteriza por:

- La dependencia: Consiste en una búsqueda compulsiva de la sustancia para experimentar los efectos psíquicos y físicos, generados por el consumo de la misma.
- El abuso: Consumo alto del toxico asociado a trastornos o efectos colaterales, que incrementan el riesgo de contraer enfermedades o un deterioro de la salud.

□ Incremento de la Tolerancia: Las dosis han de ser cada vez más elevadas para conseguir los efectos deseados.

□ El síndrome de abstinencia: Es producido por la privación del consumo y conduce a un conjunto de signos y síntomas que aparecen por la carencia de nicotina. (25)

La forma más utilizada en el consumo de tabaco es la de cigarrillo. El tabaco de pipa, los puros o el tabaco para liar también provocan la liberación de componentes tóxicos, por lo que su consumo implica un elevado riesgo para la salud. (26,27)

La nicotina del puro y del tabaco de pipa, es poco ácida, por lo que se absorbe con rapidez a través de la mucosa de la boca sin necesidad de tragarse el humo para alcanzar los efectos de la nicotina, sin embargo, el humo de los cigarrillos se absorbe en los pulmones. (28)

Antecedentes

Desde principios del siglo XX, se han acumulado una gran cantidad de pruebas sobre los efectos negativos que tiene el tabaquismo en la salud. Es a partir de los años sesenta cuando la Organización Mundial de la Salud informa el tabaquismo como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades crónico-degenerativas, incluyendo las de origen cardiovascular, enfermedad obstructiva crónica, efectos perinatales, entre otras. El riesgo de contraer enfermedades causadas por tabaquismo está directamente relacionado con la edad de inicio de su consumo. (29)

Los compromisos adquiridos por el país desde el momento de suscribir las convenciones internacionales sobre estupefacientes (Naciones Unidas; Naciones Unidas, 1972) en donde se invita a todos los Estados Miembros a realizar esfuerzos tendientes a proteger contra la toxicomanía, ha sido el motor de múltiples esfuerzos para tratar de atacar este flagelo que atenta contra la salud física y moral de la humanidad en general, y de la población de nuestro país, en particular, a fin de prevenir y combatir este mal que conduce a la degradación personal y al desequilibrio social,

que frecuentemente ocurre como producto de condiciones sociales y económicas deplorables que viven ciertos individuos y ciertos grupos. Estas atmósferas sociales malsanas son una influencia indudable, y a veces preponderante en el comportamiento de las personas y los grupos tendientes a observar conductas indebidas que atentan tanto contra la salud física y moral producto del consumo abusivo de sustancias psicoactivas, como a la exposición a una mayor peligrosidad y agresividad que atenta contra la convivencia grupal. (30)

Epidemiología

Según estadísticas de la OMS, el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres consumen una media de 14 cigarrillos por día. El 74% de todos los cigarrillos se consumen en los países de bajo nivel de ingreso. Ello promueve a que sus gobiernos adopten acciones de salud como charlas educativas, conversatorios, divulgaciones preventivas, pancartas informativas, así como creación de círculos de fumadores que logren modificaciones en sus estilos de vida. (31)

En los dos últimos años los progresos en el control del tabaco en el ámbito mundial han sido considerables. Desde el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013, que recogía datos de 2012, la población mundial abarcada por al menos una medida aplicada en su grado más alto ha pasado de 2300 millones a 2800 millones, un incremento de 500 millones de personas (7% de la población mundial). El número de países que aplican al menos una medida en su grado más alto se ha incrementado en 11 desde 2012, de 92 a 103. (32)

En España, según la Encuesta Estatal sobre Salud y Uso de Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006, cerca del 74% de las personas reclusas manifiestan fumar todos los días. Esta cifra es muy superior al 39% de las personas que aseguran fumar a diario en la población general, en medio abierto (Informe Edades 2008), entre otras razones, porque el abandono del hábito de fumar en prisión es difícil, ya que está comprobado el aumento del consumo de tabaco en situaciones de soledad y estrés como las que genera la privación de libertad. (33)

En 2012, se estimó que el 18,1 % (42,1 millón) de adultos americanos eran fumadores habituales de cigarrillos. De estos, 78,4 % (33 millones) fumaban todos los días, y 21,6 % (9,1 millones) fumaban algunos días. En conjunto, el número de fumadores disminuyó de 20,9 % en 2005 a 18,1 % en 2012. En 2012, el predominio era significativamente más alto entre los varones (20,5%) que las hembras (15,8 %), y entre las personas de 18 a 24 años la prevalencia fue de 17,3 %, de 25 a 44 años de 21,6 %, y de 45 a 64 años de 19,5 %; mientras que en mayores 65 años solo era de 8,9 %. (33)

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones muestra que no hubo cambios estadísticamente significativos en la prevalencia global de tabaquismo entre 2009 (15.9%) y 2015 (16.4%). Tampoco hubo un cambio estadísticamente significativo en la prevalencia del tabaquismo diario entre el año 2009 (7.6%) y el (7.6%) 2015. la edad de inicio del tabaquismo entre los fumadores diarios de 20 a 34 años de edad clasificados en cuatro categorías; <15 años, 15-17 años, 18-19 años y ≥ 20 años. (34)

La prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes brasileños, una etapa de la vida a nivel mundial considerada más susceptible al inicio de este hábito, se ve como significativa. La literatura describe que la edad media de inicio de consumo de tabaco se produce alrededor de los 13 años de edad. Aunque los factores de riesgo asociados con el inicio del consumo son ampliamente estudiados, la perspectiva multifactorial del contexto y de los aspectos representacionales de inicio y mantenimiento del consumo de tabaco está poco estudiada, y eso pondría de manifiesto los determinantes sociales de consumo y acciones que podrían centrarse en el problema de una de manera más sólida. Comprender el contexto social en relación al consumo de tabaco es una preocupación explícita en la asistencia sanitaria, ya que la comprensión sociológica de las cuestiones que rodean estos contextos le dará un mejor lugar al trabajo en salud. (35)

En Cuba, la prevalencia del tabaquismo ha sido considerada alta desde que se dispone de información al respecto. La iniciación global en el grupo de edad 20 a 24 años fue 22,2% y la prevalencia en adolescentes que han consumido cigarrillos alguna vez fue

de 25%. Al tomar como base esas cifras, entre 78 países miembros de la OMS, Cuba ocupa el lugar 28. Estas etapas por sus características, son vulnerables a la acción de diferentes factores medioambientales, capaces de modificar el curso del desarrollo normal. (26)

También se plantea que 32 de cada 100 personas mayores de 17 años consume productos del tabaco. (36) Con una prevalencia de tabaquismo del 31,9 %, Cuba ocupa el tercer lugar en América, precedido por Chile con el 42,4 % y Perú con el 33,8 %, a pesar de los logros que exhibe en la medicina preventiva. También el tercer lugar en adolescentes fumadores pasivos en el hogar, con el 59,6 %, precedido por Argentina con el 69,9 % y Uruguay con el 62,6 %. Asimismo, están expuestos al humo ambiental de tabaco en los hogares el 54 % de las familias, 55 % de los niños y niñas, 51 % de las embarazadas y el 60 % de los adolescentes entre 7mo y 9no grados. Entre los 18 países de América que informan prevalencia de tabaquismo en profesionales sanitarios, nuestro país ocupa el noveno lugar, con el 25 % (solo médicos), en tanto Estados Unidos tiene el 3,3 %. (37)

Todo ello significa un reto para el Sistema de Salud cubano que debe dar una respuesta oportuna al incremento del tabaquismo con acciones de promoción de salud, prevención de riesgos, tratamiento de deshabituación y rehabilitación. La encuesta cubana de factores de riesgo demostró que es poco frecuente la labor educativa de médicos y enfermeras para recomendar de manera sistemática y efectiva el abandono de la adicción.

Clasificación

La OMS clasifica el tipo de consumo vinculado con el número de cigarrillos que se frecuentan al día, sin tomar en cuenta aspectos de tipo como la intensidad de la ingesta o problemas vinculados con su adquisición.

1. Fumador regular: consume cigarrillos, tabaco o pipa al menos una vez al día. En base al número de cigarros, el fumador se organiza en:

1.1 Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios.

1.2 Fumador moderado: fuma una media de 6 a 15 cigarrillos diarios.

1.3 Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos al día en promedio.

2. Ex fumador: individuo que alguna vez fue fumador regular pero detuvo el consumo de tabaco desde hace un año mínimamente.

3. Fumador ocasional: individuo que fuma alrededor de uno o más cigarrillos, pero no diariamente.

4. Fumador pasivo: individuo que no es fumador pero inhala de manera involuntaria el humo de tabaco que otros fumadores sí consumen a su alrededor.

5. No fumador: individuo que nunca ha fumado. (38)

Componentes del tabaco

Un cigarro contiene cerca de 4 000 químicos, muchos de ellos venenosos en altas dosis. Algunos de los peores son: nicotina, arsénico, metanol, amonio, cadmio, monóxido de carbono, formaldehído, butano y cianuro de hidrógeno. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean. (39)

Consecuencias del tabaco

El tabaquismo es la causa de unos cinco millones de muertes anuales y se prevé que aumente a más de diez millones para el 2030. Es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores, relacionado con más de 25 enfermedades, se estima que la asociación causal entre este y la mortalidad las enfermedades cardiovasculares 25 % y 18 % con las cerebrovasculares anual es de 30 % con el cáncer general. Constituye una de las más graves amenazas para la salud

humana y es considerado, en muchos países, la principal causa evitable de enfermedades y muertes, muchas de ellas prematuras. No solo es un hábito o conducta humana sino una forma de drogodependencia, ligada a múltiples enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cerebrovasculares, así como factor de riesgo de padecimientos como: cáncer, hipertensión arterial, ictus, insuficiencias arteriales y venosas, enfermedades pulmonares obstructivas. (40)

El tabaquismo es causa importante de.

- Cáncer
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades del sistema reproductor
- Enfermedades gástricas
- Enfermedades mentales
- Fumado involuntario (El fumado involuntario o fumado de segunda mano, ocurre cuando un no fumador se expone al humo que exhala el fumador (corriente principal) y al humo que sale del cigarrillo (corriente lateral). (41)

Otras enfermedades:

- Pérdida auditiva con la edad
- Caída del cabello
- Cataratas
- Colitis ulcerativa y Enfermedad de Crohn (enfermedad inflamatoria intestinal)
- Diabetes (no insulina dependiente)
- Disfunción eréctil
- Degeneración Macular (ceguera)
- Osteoartrosis
- Osteoporosis
- Enfermedad de Buerger (tromboangitis obliterante)
- Artritis reumatoidea

- Arrugas precoces
- Resequedad de la piel. (41,42)

El tabaco también afecta seriamente la integridad de la boca y la estética del rostro. Los fumadores con más frecuencia presentan:

- Manchas en los dientes
- Caries
- Disminución de la sensación del olfato y el gusto
- Enfermedad periodontal (gingivitis, periodontitis)
- Palatinitis nicotínica
- Leucoplaquia
- Cáncer de labio (43)

Los fumadores tienen mayores problemas de manejo de la anestesia cuando son sometidos a cirugía, el postoperatorio es más lento y tienen más complicaciones postquirúrgicas. (43)

La drogadicción en prisión es una problemática real. Dado que las prisiones representan una gran muestra de la sociedad, también experimentan los cambios que en la sociedad se están dando actualmente. Por ello, las prisiones deben estar preparadas y tener medios suficientes para hacer frente a estos cambios en los perfiles penitenciarios y ofrecer un tratamiento individualizado efectivo para cada uno de ellos. (43)

Según datos sobre consumo de drogas alguna vez en la vida en la población privada de libertad de los diferentes países del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas y también los niveles de consumo en la población general; en Argentina la población privada de libertad presenta un nivel de consumo de sustancias psicoactivas muy superior a la población general, según los estudios epidemiológicos correspondientes. (44)

Considerando cualquier droga ilícita, mientras 6,4 de cada diez personas privadas de libertad consumieron alguna vez una droga ilícita, en la población general del mismo tramo de edad son 1,7 de cada 10. En todas las drogas ilícitas, la población privada de libertad por lo menos triplica el uso de alguna vez en la vida a la población general. El tabaquismo es la droga más consumida en el 80,8% de la población privada de libertad y en el 55,1% de la población general. (44)

En Cuba, a través del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo, se han esgrimido estrategias para disminuir esta adicción. Sin embargo, cabe preguntarse: ¿han sido efectivas estas medidas enunciadas en el control del tabaquismo?, ¿ha existido intersectorialidad efectiva en Cuba?

Tabaquismo como una enfermedad

La dependencia al tabaco debe ser considerada como una alteración médica crónica, con periodos de abstinencia y recurrencias en el tiempo. El concepto de enfermedad se fundamenta en las alteraciones neurofisiológicas, estructurales y funcionales, que provocan la continua búsqueda de la drogas. Las modificaciones o ajustes neuroadaptativos producidos por la nicotina son permanentes y constituyen la base neurobiológica de la dependencia al tabaco. (45,46)

La presencia de estos síntomas es una clara manifestación de dependencia física y puede ser tan intensa que se vuelve un obstáculo para que se logre dejar de fumar. Los síntomas más importantes del síndrome de supresión al tabaco son:

- Insidia
- Estado de ánimo disfórico o depresivo
- Irritabilidad
- Inquietud
- Ansiedad
- Insomnio
- Frustración
- Dificultad para concentrarse

- Disminución de la frecuencia cardiaca
- Aumento de apetito
- Constipación
- Disminución de catecolaminas y cortisol. (47)

La dependencia que produce la nicotina es variable, dependiendo del producto que se consume y de la relación que se establece entre la persona y el tabaco. Produce dependencia física y, también, dependencia social y psicológica. Existen varios test para evaluar la dependencia. El más conocido y utilizado es el test de Fagerström de dependencia de la nicotina (FTDN) (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991).(47)

La puntuación del test, no sólo nos indica el grado de dependencia a la nicotina, sino que también se ha demostrado que los fumadores con más alta puntuación en el test necesitan tratamiento farmacológico para dejar de fumar. Incluso, se sabe que, dependiendo de cuál sea la puntuación, se debe recomendar uno u otro tipo de fármaco para el abandono. También se ha encontrado una relación entre la puntuación del test y el desarrollo de enfermedades asociadas al consumo del tabaco. (48)

Cuanto mayor sea el número de paquetes-año, mayor es el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el tabaco y menores son las posibilidades de abandono que tiene el paciente. (48)

La consulta de atención primaria es el marco adecuado para hacer una historia clínica completa con el fin de individualizar las intervenciones terapéuticas. Durante esta entrevista primera y directa debemos valorar antecedentes e historia de tabaquismo; edad de inicio; intentos previos de abandono (número, tiempo de abstinencia, si ha tenido o no ayuda de profesionales, causas de las recaídas); historia de tabaquismo actual: número de cigarrillos, el tiempo que lleva fumando: número de paquetes-año (n° cigarrillos fumados en un día multiplicado por el número de años que lleva fumando esa cantidad y se divide por veinte). Si el paciente desea abandonar el hábito, informarnos sobre la implicación y motivación que tiene el paciente en el abandono del hábito,

mediante el empleo de cuestionarios como el test de Richmond, que nos permite conocer la motivación para el abandono. (49)

Los beneficios de abandonar el hábito tabáquico son innumerables e indudables tanto en la reducción de la mortalidad como en el aumento de las expectativas de vida en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Sabemos que, en 24 horas la nicotina y el monóxido de carbono son eliminados del cuerpo y que, en tres meses la mejoría de la función pulmonar es evidente, con la consiguiente mejoría clínica. Es sabido que al año de dejar de fumar el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye en un 50%, el riesgo de padecer un cáncer pulmonar a los 10 años de abandonar el hábito tabáquico es entre 30-50% menos que en los que siguen fumando. (50)

Los resultados de las investigaciones en el campo del enfrentamiento al tabaquismo constituyen una importante fuente de información para conocer comportamientos, efectos y resultados de las acciones que se emprenden por los diferentes países para desarrollar intervenciones efectivas. (49,51)

En los últimos años se han producido avances en la investigación y el desarrollo científico y técnico acerca del perjuicio del tabaquismo. Los resultados encontrados demuestran su relación directa con una gran cantidad y variedad de enfermedades, a pesar de ello el número de fumadores se incrementa en la mayoría de los países. (50)

La investigación desempeña un importante rol para esclarecer conocimientos que luego se transmiten como información para promover la salud de la población. Además, la identificación de problemas desde diferentes perspectivas por especialistas, científicos y directivos propicia intervenciones intersectoriales efectivas, y pueden sugerirse cambios organizacionales que modifican los estilos de trabajo y las formas de la actividad científica.

Este informe puede considerarse como una reflexión sobre los temas más importantes vinculados al hábito tabáquico en la población privada de libertad, por ser la droga más consumida tanto en la población penal como general, destacando algunos aspectos de

este fenómeno social y de las políticas públicas tendientes a enfrentarlos, así como el rol del Estado y de la ciudadanía frente al consumo del tabaco.

OBJETIVOS

Objetivo General.

- Elaborar una intervención educativa sobre conocimiento, actitud y percepción del hábito tabáquico en la población del Consultorio Médico No 5. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2021.

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar la población según variables sociodemográficas (edad, nivel de escolaridad, estado civil).
2. Caracterizar a la población de acuerdo a: edad y motivo de inicio, frecuencia de consumo, cantidad de cigarrillos que fuma diariamente y nivel de dependencia al tabaco.
3. Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y percepción del hábito tabáquico en la población en estudio.
4. Diseñar una intervención educativa.
5. Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y percepción del hábito tabáquico en la población en estudio después de la implementación de intervención educativa

FUNDAMENTO METODOLÓGICO

El presente estudio se realizó con el objetivo de elaborar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos, actitud y percepción del hábito tabáquico en la población del Consultorio Médico de Familia No.5 del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza durante el periodo de enero del 2019 a enero de 2021.

La investigación se realizó un estudio bietápico. En su primera parte el estudio fue observacional descriptivo, la segunda etapa fue un estudio cuasiexperimental.

El universo estuvo conformado por 85 pacientes del CMF No.5. La muestra quedó conformada por aquellos pacientes que estuvieron dispuestos a participar en el estudio y no presentaban ninguna discapacidad mental.

Operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Escala	Definición	Indicadores
Grupo de edad	Cuantitativo discreta.	< 20 21-30 31-40 41-50 51-60 > 60	Según edad cronológica desde el nacimiento.	Número y porcentajes.
Nivel de Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Básica Preuniversitaria Técnico Medio Universitario	Referido a la educación escolar que el paciente ha completado.	Número y porcentajes.
Edad de inicio	Cuantitativa discreta	Nunca he fumado menos de 18 años 18-27 28-37	Edad con la que comenzó a fumar	Número y porcentajes.

		38-47 48-57 58y más		
Motivo de inicio	Cualitativa nominal politómica	No fumo Inducido por amigos Imitación de padres y/o familiares Para sentir placer Porque me calma los nervios Otro	Causas que lo llevaron al consumo	Número y porcentajes.
Cantidad de cigarrillos que fuma	Cuantitativa discreta	No fumo 1-5 cigarrillos 6-15 cigarrillos Más de 15	Determina el número de productos de tabaco que el encuestado fuma diario o semanalmente	Número y porcentajes
Nivel de dependencia física a la nicotina	Cuantitativa nominal dicotómica	Dependencia Baja Dependencia moderada Dependencia alta	Grado de dependencia a la nicotina según test de Fagerström (Anexo I)	Número y porcentajes

Métodos que se utilizaron.

Se utilizarán métodos científicos del nivel teóricos y empíricos.

Métodos empíricos: utilizamos la guía de observación para organizar los datos y recolectar información de acuerdo a los objetivos establecidos.

Métodos teóricos: se aplicaron los métodos

- Inductivo-deductivo para combinar el movimiento de lo particular a lo general y permitir establecer generalizaciones y razonamientos lógicos acerca del objetivo de estudio, con el movimiento de lo general a lo particular y llegar a conclusiones parciales y generales.
- Analítico -sintético: Facilitó fundamentar toda la información recopilada sobre el tema objeto de estudio, durante la revisión bibliográfica, así como el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos
- Histórico-lógico para a partir de determinados principios, teorías o leyes derivar respuestas que explican fenómenos y que pueden ser confirmadas con la práctica. Con vistas a conocer la esencia del problema, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se obtuvieron datos a través de fuentes documentales escritas como fuentes históricas, fuentes estadísticas, informes de investigaciones, documentos oficiales, archivos y documentación electrónica. Estos fueron insertados en una base de datos de Microsoft Office Excel y se procesaron estadísticamente en el programa SPSS 21.0, mediante los cuales se confeccionaron tablas y gráficos. Se empleó también Microsoft Office Word.

La intervención educativa trató temas sobre el conocimiento, actitudes y percepción del hábito tabáquico, para ello esta actividad se dividió en tres etapas:

- De diagnóstico
- De intervención

- De evaluación

I. Etapa de Diagnóstico

Se estableció la comunicación con los pacientes, a fin de lograr la participación de los mismos, lo que quedó validado a través de un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio.

A la muestra seleccionada se les pasó un cuestionario (Anexo II) donde se recogió las variables sociodemográficas (edad, estado civil y nivel de escolaridad) y se caracterizaron a los fumadores de acuerdo a: edad y motivo de inicio, cantidad de cigarrillos que fuma diariamente, y el nivel de dependencia de según el test de Fagerström.

Posteriormente se aplicó un instrumento (Anexo III) para obtener información acerca de los conocimientos, actitud y percepción del hábito tabáquico en los pacientes. El mismo fue elaborado por De Martín Suárez (52) en su proyecto de investigación sobre el conocimiento y los hábitos tabáquicos en adolescentes,. Dicho cuestionario incluye 10 preguntas con respuestas de opción múltiple. Se trata de un documento de carácter anónimo.

Las variables utilizadas en la encuesta fueron:

1. Nivel de conocimiento sobre efectos del humo de cigarro. Variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
 - Adecuado. Si marca inciso (a)
 - Inadecuado. Si marca inciso (b) ó (c).
2. Nivel de conocimiento sobre enfermedades relacionadas al tabaquismo. Variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
 - Adecuado: si marca inciso 3 ó más de los incisos correctos (a-b-c-f)

- Inadecuado: si marca 2 ó menos de los incisos correctos (a-b-c-f) ó marca alguno de los incisos incorrectos (d-e).
3. Percepción acerca del apoyo a leyes que prohíben fumar en lugares públicos o cerrados: variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: si marca inciso (a)
 - Inadecuado si marca inciso (b) ó (c)
4. Percepción acerca del aumento de los impuestos sobre los productos del tabaco: variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: si marca inciso (a)
 - Inadecuado si marca inciso (b) ó (c)
5. Percepción respecto a la prohibición en la venta de tabaco a menores de 18 años: variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: si marca inciso (a)
 - Inadecuado si marca inciso (b) ó (c)
6. Percepción de publicidad de cigarrillos. Variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: si marca inciso (a)
 - Inadecuado si marca inciso (b) ó (c)
7. Nivel de conocimientos respecto a fuentes de conocimiento sobre el hábito de fumar. Variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: si marca inciso 3 ó más de los incisos correctos (a-b-c-d-e)

- Inadecuado: si marca 2 ó menos de los incisos correctos (a-b-c-d-e) ó marca el inciso de desconocimiento (f).
8. Nivel de conocimientos respecto a las medidas para dejar de fumar. Variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: si marca inciso 3 ó más de los incisos correctos (a-b-c-d-e)
 - Inadecuado: si marca 2 ó menos de los incisos correctos (a-b-c-d-e) ó marca el inciso (f), referido a que no conoce de ninguna medida para dejar de fumar.
9. Percepción que presenta respecto a otras personas que fuman. Variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: si marca inciso (a)
 - Inadecuado si marca inciso (b) ó (c)
10. Actitud ante alguien que fuma en su presencia. Variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: si marca inciso (d)
 - Inadecuado si marca inciso (a), (b) ó (c).
11. Nivel de Conocimiento, actitud y percepción del hábito tabáquico global: variable cualitativa ordinal dicotómica, se evaluó de la siguiente manera, otorgándosele a cada respuesta correcta un valor de 5 puntos. Variable cualitativa nominal dicotómica, operacionalizada como:
- Adecuado: calificación entre 85 y 100 puntos.
 - Inadecuado: calificación menor de 84 puntos.

II. Etapa de Intervención

Para ello se aplicó un programa de intervención educativa (Anexo IV) diseñado y validado por criterio de expertos en investigación anterior de la De Martín Suárez (52).

El Programa Educativo se estructura en un conjunto de actividades grupales e individuales, de carácter teórico prácticas, con la utilización de técnicas participativas, instrumentos de autoevaluación y una evaluación, de manera que faciliten el desarrollo de habilidades y la proyección de formas adecuadas de conducta en los pacientes.

III. Etapa de evaluación

En la última parte se volvió a aplicar el mismo cuestionario, constituyendo esta última etapa un estudio cuasiexperimental aplicando la propuesta diseñada para evaluar el nivel de conocimientos antes y después, para comprobar si ha cambiado el conocimiento, la percepción y los hábitos sobre el tabaco después del taller impartido.

Consideraciones éticas.

La información obtenida solo fue divulgada con fines científicos y se mantuvo el anonimato de todos los pacientes, guardándose todos los principios de la ética médica cubana. Se contó con la carta de aprobación de la Dirección de la Delegación Provincial del MINIT (Anexo V); los Avals del Director del Policlínico (Anexos VI) y del Comité de Ética (Anexo VII). Se solicitó el consentimiento informado (Anexo VIII) a todos los pacientes que participaron en el estudio, explicándoles que este estudio no conllevaría ningún riesgo para su salud ni problemas desde el punto de vista legal.

No existió la posibilidad de causar algún daño biológico, psicológico o social a ningún recluso interno durante la realización de la investigación.

Los datos obtenidos fueron utilizados únicamente con fines científicos. Desde el punto de vista ético fue factible, pues con los resultados pretendemos mejorar la atención que se ofrece a la población penal.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de pacientes según grupos de edad y nivel de escolaridad. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2021.

Grupos de edad		Primaria	Secundaria Básica	Preuniversitaria	Técnico Medio	Universitario	Total
< 20	No.	3	9				12
	%	3,5	10,6	0,0	0,0	0,0	14,1
21-30	No.	3	5	2	3	0	13
	%	3,5	5,9	2,4	3,5	0,0	15,3
31-40	No.	4	14	1	2	0	21
	%	4,7	16,5	1,2	2,4	0,0	24,7
41-50	No.	5	15	2	3	1	26
	%	5,9	17,6	2,4	3,5	1,2	30,6
51-60	No.	4	7	0	0	0	11
	%	4,7	8,2	0,0	0,0	0,0	12,9
> 60	No.	1	1	0	0	0	2
	%	1,2	1,2	0,0	0,0	0,0	2,4
Total	No.	20	51	5	8	1	85
	%	23,5	60,0	5,9	9,4	1,2	100,0

Fuente: Cuestionario.

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según grupos de edad y nivel de escolaridad, donde se pudo apreciar que predominaron los pacientes entre 41-50 años con un 30,6% y los que presentaban nivel escolar de Secundaria Básica en el 60,0%.

Tabla 2: Distribución de pacientes según grupos de edad y la edad de inicio del hábito tabáquico.

Grupos de edad		Edad de inicio del hábito tabáquico							Total
		No Fuma	< 18	18-27	28-37	38-47	48-57	58 y más	
< 20	No.	2	6	4	-	-	-	-	12
	%	2,4	7,1	4,7	-	-	-	-	14,1
21-30	No.	3	5	3	2	0	-	-	13
	%	3,5	5,9	3,5	2,4	0	-	-	15,3
31-40	No.	2	7	11	1	0	-	-	21
	%	2,4	8,2	12,9	1,2	0,0	-	-	24,7
41-50	No.	1	12	9	3	1	0	-	26
	%	1,2	14,1	10,6	3,5	1,2	0,0	-	30,6
51-60	No.	2	8	1	0	0	0	0	11
	%	2,4	9,4	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	12,9
> 60	No.	0	1	0	1	0	0	0	2
	%	0,0	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	2,4
Total	No.	10	39	28	7	1	0	0	85
	%	11,8	45,9	32,9	8,2	1,2	0,0	0,0	100

Fuente: Cuestionario.

La distribución de pacientes según grupos de edad y la edad de inicio del hábito tabáquico, presentada en la tabla 2, dio a conocer que predominaron los pacientes que iniciaron el hábito antes de los 18 años, representado por el 45,9% de los pacientes estudiados. Cabe destacar que preponderaron los pacientes entre 41-50 años que iniciaron el hábito tabáquico a antes de los 18 años con un 14,1%.

Tabla 3: Distribución de pacientes según grupos de edad y el motivo de inicio.

Motivo de inicio		Grupos de edad						Total
		< 20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 60	
No fumo	No.	2	3	2	1	2	0	10
	%	2,4	3,5	2,4	1,2	2,4	0,0	11,8
Inducido por amigos	No.	3	0	1	1	2	0	7
	%	3,5	0,0	1,2	1,2	2,4	0,0	8,2
Imitación de padres y/o familiares	No.	0	1	2	3	2	0	8
	%	0,0	1,2	2,4	3,5	2,4	0,0	9,4
Para sentir placer	No.	1	3	8	10	4	1	27
	%	1,2	3,5	9,4	11,8	4,7	1,2	31,8
Porque me calma los nervios	No.	5	6	7	9	1	1	29
	%	5,9	7,1	8,2	10,6	1,2	1,2	34,1
Otro	No.	1	0	1	2	0	0	4
	%	1,2	0,0	1,2	2,4	0,0	0,0	4,7
Total	No.	12	13	21	26	11	2	85
	%	14,1	15,3	24,7	30,6	12,9	2,4	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 3 se pudo apreciar la distribución de pacientes según grupos de edad y el motivo de inicio del hábito tabáquico, donde predominaron los pacientes que iniciaron el hábito porque le calmaba los nervios, estando representado por el 34,1% de los pacientes. Cabe mencionar que predominaron los pacientes entre 41-50 años que iniciaron el hábito para sentir placer, estando representado por el 11,8%.

Tabla 4: Distribución de pacientes según grupos de edad y la cantidad de cigarrillos que fuma.

Cantidad de cigarrillos que fuma		Grupos de edad						Total
		< 20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 60	
No fumo	No.	2	3	2	1	2	0	10
	%	2,4	3,5	2,4	1,2	2,4	0,0	11,8
1-5 cigarrillos	No.	1	2	1	1	1	1	7
	%	1,2	2,4	1,2	1,2	1,2	1,2	8,2
6-15 cigarrillos	No.	3	1	5	7	0	0	16
	%	3,5	1,2	5,9	8,2	0,0	0,0	18,8
16 o más cigarrillos	No.	6	7	13	17	8	1	52
	%	7,1	8,2	15,3	20,0	9,4	1,2	61,2
Total	No.	12	13	21	26	11	2	85
	%	14,1	15,3	24,7	30,6	12,9	2,4	100

Fuente: Cuestionario.

La presente tabla (Tabla 4) se muestra la distribución de pacientes según grupos de edad y la cantidad de cigarrillos que fuma diariamente, donde se pudo apreciar que predominaron los pacientes que fumaban 16 o más cigarrillos, representado por el 61,2%.

Tabla 5: Distribución de pacientes según grupos de edad y el nivel de dependencia física a la nicotina.

Grupos de edad		Nivel de dependencia física a la nicotina			
		Baja	Moderada	Alta	Total
< 20	No.	2	3	5	10
	%	2,7	4,0	6,7	13,3
21-30	No.	2	1	7	10
	%	2,7	1,3	9,3	13,3
31-40	No.	2	5	12	19
	%	2,7	6,7	16,0	25,3
41-50	No.	1	9	15	25
	%	1,3	12,0	20,0	33,3
51-60	No.	1	2	6	9
	%	1,3	2,7	8,0	12,0
> 60	No.	0	1	1	2
	%	0,0	1,3	1,3	2,7
Total	No.	8	21	46	75
	%	10,7	28,0	61,3	100,0

Fuente: Test de Fagerström.

La distribución de pacientes según grupos de edad y el nivel de dependencia física a la nicotina, presentada en la tabla 5, dio a conocer que predominaron los pacientes con dependencia alta en el 61,3%. Cabe destacar que en el grupo etario de 41-50 años predominaron los pacientes con dependencia alta en el 20,0%.

Tabla 6: Distribución de pacientes según el nivel de conocimientos antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento, actitud y percepción del hábito tabáquico	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
Nivel de conocimiento sobre efectos del humo de cigarro	47	55,3	38	44,7	77	90,6	8	9,4
Nivel de conocimiento sobre enfermedades relacionadas al tabaquismo	16	18,8	69	81,2	83	97,6	2	2,4
Percepción acerca del apoyo a leyes que prohíben fumar en lugares públicos o cerrados	38	44,7	47	55,3	77	90,6	8	9,4
Percepción acerca del aumento de los impuestos sobre los productos del tabaco	34	40,0	51	60,0	76	89,4	9	10,6
Percepción respecto a la prohibición en la venta de tabaco a menores de 18 años	45	52,9	40	47,1	75	88,2	10	11,8
Percepción de publicidad de cigarrillos	36	42,4	49	57,6	76	89,4	12	14,1
Nivel de conocimientos respecto a fuentes de conocimiento sobre el hábito de fumar	33	38,8	52	61,2	75	88,2	10	11,8
Nivel de conocimientos respecto a las medidas para dejar de fumar	43	50,6	42	49,4	80	94,1	5	5,9
Percepción que presenta respecto a otras personas que fuman	44	51,8	41	48,2	70	82,4	15	17,6
Actitud ante alguien que fuma en su presencia	18	21,2	67	78,8	69	81,2	16	18,8
Nivel de Conocimiento, actitud y percepción del hábito tabáquico global	1	1,2	84	98,8	61	71,8	24	28,2

Fuente:

Encuesta

Al analizar los resultados de la encuesta, se distribuyeron los pacientes según el nivel de conocimientos antes y después de la intervención, donde se pudo apreciar que predominaron los pacientes con inadecuado conocimiento antes de la intervención, representado por el 98,8%. Luego de la intervención predominaron los pacientes con adecuado nivel de conocimientos en el 71,8%. (Tabla 6)

DISCUSIÓN

En los últimos años, la lucha antitabáquica está alcanzando importantes logros a través de múltiples campañas educativas dirigidas a diferentes áreas de la comunidad, pero la efectividad de estas intervenciones se ve reflejado en el conocimiento que adquiere finalmente la población.

Varias teorías sociales intentan explicar la adquisición del hábito de tabaquismo; estas afirman que el comportamiento depende en gran medida de las expectativas sobre las cuales se concibe el esquema deseado. (53)

De la investigación efectuada se pudo observar que frecuentaron los pacientes entre 41-50 años, resultados que coinciden con los de Pérez Martínez (10) donde el predominio de fumadores se encontró en el rango de edad entre los 40 a 49 años en un 57,8%. Por otro lado, Serrano Díaz et al (8) encontró mayor incidencia de fumadores en el grupo de edades de 60 años y más con el 21,8%; Fabelo Roche (54), Ruíz Morí et al (55) y Argudo Calle (56) expusieron mayor prevalencia de fumadores en los grupos jóvenes seguidos muy de cerca por los adolescentes, resultados que difieren de la presente investigación.

La etapa adulta de la vida se relaciona con estabilidad, incluso, para el mantenimiento de una adicción que pudo ser adquirida en etapas anteriores del desarrollo. No obstante, puede favorecer una mayor concientización de la severidad y los daños que puede provocar el hábito de fumar a la salud y contribuir a una participación más activa en las acciones desarrolladas, como en el presente estudio. (10)

Según la escolaridad de pacientes fumadores, en el estudio predominaron los pacientes con nivel escolar de Secundaria Básica, dato que coincide con los de Pérez Martínez (10) y Pippo et al (28); en contraposición a lo obtenido, Serrano Díaz et al (8) observaron mayor predominio de fumadores con niveles técnico medio y preuniversitario y Martell Martínez et al (53) expusieron mayor porcentaje de pacientes con nivel preuniversitario.

Respecto al nivel de instrucción, se debe agregar que el nivel bajo de escolaridad puede limitar el acceso a la información y a su interpretación, debido al posible compromiso de las habilidades de lectura, escritura, comprensión o del habla, condición ésta que puede reducir el acceso a las oportunidades de aprendizaje que se relacionan con el autocuidado y control médico regular; situación que repercute en el empeoramiento de la enfermedad.

La autora de la investigación sostiene que los resultados encontrados son la resultante del nivel escolar de la población estudiada, donde todos han tenido la oportunidad y el acceso a una educación gratuita, inclusiva, de calidad, sin distinciones de sexo ni raza.

En lo relacionado con la edad de inicio del hábito de fumar, en la presente investigación predominaron los pacientes que iniciaron el hábito antes de los 18 años. Al respecto, Fabelo Roche (54) planteó que en estas etapas del ciclo vital humano suelen ser en las que se inicia y establece el consumo sistemático de cigarrillos, incluso se ha verificado que el primer contacto con el tabaco suele ocurrir antes de los 16 años de edad.

Resultados similares fueron obtenidos por Serrano Díaz et al (8) y Flores Mateo et al (57), quien plantea además de que la edad de inicio se relaciona con el tratamiento y sobre todo con las recaídas después de una deshabituación, agregando además que los fumadores que iniciaron el consumo de tabaco antes de los 16 años de edad tenían un riesgo significativamente mayor de recaer que el grupo que lo inició después de esta edad.

Estudios revisados (8) muestran que el 74,8% de los fumadores comenzó a fumar antes de los 20 años.

Los hallazgos más alarmantes con relación a este nocivo hábito están relacionados con la edad de comienzo de su práctica. Chile es el país con mayor porcentaje de fumadores, seguido de Estados Unidos y la edad de inicio está comprendida entre los 13 y 15 años. En Perú la edad media para el uso del cigarro es de 17 años en la población general y 16 años en los varones; uno de cada 10 individuos se inicia antes de los 12 años, mientras que cuatro de cada 10, entre los 12 y 16 años. (58)

La adolescencia es la etapa de la vida del ser humano más susceptible para desarrollar una drogadicción, en la cual se suceden sistemáticos cambios en el aspecto biopsicosocial. Aparece también como un posible factor causal del surgimiento precoz del hábito de fumar, la baja autoestima, y el estar expuesto desde estadios iniciales de la vida a modelos fumadores, constituye el primer factor influyente, más aún si son modelos valorados positivamente por el adolescente, y sobre todo si son modelos que no solo consienten, sino que estimulan la adicción, aunque sea indirectamente, tales como: padres y madres que fuman, héroes y heroínas de los medios de comunicación (cine, TV), los cuales incentivan conductas imitativas que los hacen presa fácil de esa adicción; resulta difícil descalificar o impedir conductas indeseadas cuando son asumidas abiertamente por personas queridas y significativas. (59)

El tabaquismo comienza mayoritariamente desde edades muy jóvenes, pero el hábito se arraiga hacia la edad adulta. Se ha demostrado que en edades tempranas los jóvenes sienten la curiosidad de experimentar este hábito, más por imitar a los adultos con quienes sienten mayor afinidad, que por la influencia de los amigos. (58)

En cuanto al motivo de inicio del hábito tabáquico, en el actual estudio predominaron los pacientes que iniciaron el hábito porque le calmaba los nervios. Resultados similares fueron expuestos por Serrano Díaz et al (8), quienes destacaron que el 75,0% de los pacientes se vieron motivados a fumar para reducir la tensión; y por Argudo Calle (56) donde sus pacientes respondieron que las causas por la que fuman el Stress y por placer.

Al respecto, García Tena (22) destacó que los consumidores de tabaco se podían dividir en dos franjas de edad o momentos madurativos; los que superan la mayoría de edad hasta alcanzar los 50 años de vida y los que poseen más de esa edad. En los primeros, las causas de comienzo de este hábito están más en sintonía con la inclusión en grupos sociales así como la demostración del erróneo concepto de masculinidad. Muchos de los jóvenes que comienzan a fumar, ven el tabaco un refugio erróneo ante la presión de ser aceptados socialmente en un grupo determinado. En el segundo

grupo, la justificación del hábito tiene más que ver con el momento histórico y sus consecuencias. En el momento en que comenzaron su adicción, la concepción que se tenía sobre el tabaco no era la que actualmente se tiene. Las personas, en su gran mayoría hombres, comenzaban a fumar como acto de madurez.

Según las entrevistas realizadas por García Tena (22) a los internos de la Prisión Provincial en Jaén, el fumar les sirve de ayuda ante la evasión y disminución de la ansiedad ante su situación. Muchos de los internos que al entrar se encontraban en situación de “no fumadores” o “exfumadores”, han retomado este mal hábito una vez ingresados.

Por otro lado, los resultados de González Ramos et al (60) difieren de los obtenidos en el estudio, donde expusieron que los motivos que impulsaron a su población a iniciarse en el hábito de fumar, fue para compartir con amigos en las fiestas y porque les gusta y satisface.

Rondón Carrasco et al (7) y López Santana et al (61) expusieron que el mayor porcentaje de los pacientes estudiados iniciaron el hábito tabáquico por curiosidad, datos que también difieren de los obtenidos en el estudio.

La autora considera que necesidades y motivos son aspectos importantes de índole individual que pueden ser modificados con una actuación profesional educativa, y hacia ello va dirigida la intervención educativa diseñada.

Estudios realizados evidencian que adolescentes con padres fumadores, la probabilidad de convertirse en fumadores activos por imitación a los padres, en otros casos los jóvenes se convierten en fumadores debido a la exposición al humo de cigarrillos que fuman otras personas (58). La familia es el principal patrón que incide en el comienzo del hábito de fumar, estos aspectos llama la atención debido a que los padres son esencialmente y por excelencia los que constituyen el modelo de referencia de los hijos.

En lo referido a la distribución de pacientes según la cantidad de cigarrillos que fuman diariamente, se pudo apreciar que predominaron los pacientes que fumaban 16 o más cigarrillos, estudios realizados por Puentes Valle et al (30) indicaron resultados similares.

Al respecto Yagüe Olmos y Cabello Vázquez (62) plantearon que el consumo diario de cigarrillos en prisión es de 20,3, frente al 13,7 observado en el medio extrapenitenciario. Un 44% de las internas declaran que su consumo de cigarrillos en prisión ha aumentado con respecto a lo que consumían previamente a su ingreso en prisión, resultados que coinciden con la investigación y con los de García Tena (22) donde la media de cigarrillos diarios entre los consumidores habituales de tabaco entre los españoles entre 15 y 64 años, es de 13,6 cigarrillos.

Datos diferentes fueron expuestos por González Ramos et al (60) y Gulayin et al (63) donde el mayor porcentaje de la población estudiada consumía entre 5 y 10 cigarrillos diarios. Además, Rondón Carrasco et al (7) expusieron que el 50.0 % de su población fuman entre 1 y 5 cigarrillos, datos que también discrepan de los obtenidos por la autora del trabajo.

Al distribuir los pacientes según el nivel de dependencia física a la nicotina, se obtuvo que el mayor porcentaje de los pacientes presentaron dependencia alta, resultados que coinciden con los de Fabelo Roche (54).

Al analizar los resultados de la encuesta, se distribuyeron los pacientes según el nivel de conocimientos antes y después de la intervención, donde se pudo apreciar que predominaron los pacientes con inadecuado conocimiento antes de la intervención, representado por el 98,8%. Luego de la intervención predominaron los pacientes con adecuado nivel de conocimientos en el 71,8%.

En el presente estudio un bajo porcentaje de los fumadores conocían los peligros del fumar, antes de implementada la intervención educativa. Luego de la intervención predominaron los pacientes con adecuado nivel de conocimientos. Resultados similares fueron expuestos por Serrano Suárez et al (64), Rondón Carrasco et al (7),

Hernández Gómez (14), Argudo Calle (56), González Ramos et al (60), Pérez Martínez (10), Martell Martínez et al (53), Salas Muñante (23), Pippo et al (28) y Ruíz Morí et al (55).

Difieren de los resultados antes expuestos, los estudios de Serrano Díaz et al (8) donde un alto porcentaje de pacientes refirieron tener conocimientos acerca de daños ocasionados por el tabaquismo, de mortalidad por el consumo de tabaco, de riesgo de infarto cardíaco y cáncer de pulmón, así como sobre los efectos del tabaco sobre el crecimiento y desarrollo. Además, Martínez Barreiro et al (58) encontró un predominio de pacientes con nivel de conocimientos medio antes de la intervención y al finalizar la intervención se modificó significativamente el nivel de conocimiento alto para un 94,7 % de los pacientes.

Veloz Miño et al (65) observaron un incremento significativo en las medias obtenidas cuando se aplicó el test después de los talleres educativos, es decir los pacientes desarrollaron criterios positivos en los diferentes ámbitos, que a su vez les ayuda a potenciar habilidades que parten de un conocimiento de las consecuencias negativas del tabaquismo, información que se analiza, se comprende y se interioriza para llegar a la dimensión de las actitudes, las predisposiciones positivas que les permite tomar mejores decisiones en relación al cuidado de la salud.

Aunque se ha avanzado en la educación sobre la nocividad del tabaquismo y su relación con la enfermedad y la muerte; estudios realizados en Cuba encuentran que los fumadores tienen conocimiento sobre el tabaquismo pero no percepción de sus riesgos. (66) Esto corrobora que la información no resulta suficiente para cambiar conductas de salud, más aun cuando se trata de una droga que empleada de forma repetida, crea necesidad y hábito.

El autor considera de vital educar a la población, suministrando información, creando actitudes y motivaciones, como una forma de nutrir de contenidos a la psiquis, que favorezcan las decisiones y conductas favorables a la salud de las personas teniendo en cuenta la función de la familia.

Algunos autores llegan a la conclusión que en general existe poco dominio de los daños que ocasiona el tabaco a la salud, la falta de información le impide asumir a las personas conductas protectoras (67). En los consultorios médicos y las áreas de salud se aborda, de forma insuficiente, el tema de educación para la salud al igual que en las escuelas, porque en la mayoría de los casos se limitan a realizar charlas poco motivadoras para los adolescentes, quizás porque no se tiene la percepción del riesgo de los daños que ocasiona el tabaquismo a fumadores activos y pasivos, así como los efectos que a largo plazo puede causar el hábito.

Distintas estrategias han sido implementadas por profesionales del país para prevenir los efectos nocivos del tabaquismo, muchas de ellas han obtenido positivos resultados otras no tanto, lo cierto es que los programas educativos y sus diversos contenidos temáticos son una de las principales armas para preparar a la población ante ese mal.

Es fundamental que la prevención de esos malos hábitos se inicie en las etapas anteriores a la adolescencia. La promoción de salud o promoción primordial, debe iniciarse con los preescolares y escolares, después es mucho más difícil que las campañas sean exitosas, aunque por supuesto, deben hacerse. (59)

Son estos, entre otros, los referentes teóricos científicos que fundamentan las motivaciones al tabaco y la dificultad de los pacientes para su abandono debido al grado de dependencia que provoca este, por lo que justifica que a pesar de conocerse los efectos nocivos del tabaco para la salud se mantenga el consumo indiscriminado del producto.

CONSLUSIONES

- Al caracterizar la población según variables sociodemográficas se pudo apreciar que predominó el grupo etario de 41-50 años y el nivel escolar de Secundaria Básica.
- El mayor porcentaje de la población estudiada inició el hábito tabáquico antes de los 18 años, motivados fundamentalmente porque le calmaba los nervios. Frecuentaron los pacientes que consumían 16 o más cigarrillos diariamente y los reclusos con nivel de dependencia física alta a la nicotina.
- Los resultados de la encuesta para evaluar el nivel de conocimientos antes y después de la intervención, dieron a conocer que predominaron los pacientes con inadecuado conocimiento antes de la intervención, y luego de la intervención predominaron los pacientes con adecuado nivel de conocimientos.

RECOMENDACIONES

- Fomentar a través de los medios de comunicación campañas de no al cigarrillo conociendo sus daños nocivos para la salud.
- Exponer los resultados de la investigación a las instituciones municipales con el propósito de que desarrollen una estrategia de trabajo monitoreada que fomente las sesiones educativas con el fin de promover el conocimiento acerca del hábito tabáquico en la población reclusa.
- Proponer a la dirección de salud municipal que se realicen investigaciones similares en otros centros de la provincia de Cienfuegos para lograr un impacto positivo en el estilo de vida de los pacientes al elevar su nivel de conocimientos sobre la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becoña E. Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos [Internet]. España: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense; 2010 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/269631652_Dependencia_del_tabaco_Manual_de_casos_clinicos
2. Reidel B, Radicioni G, Clapp PW. e-Cigarette use causes a unique innate immune response in the lung, involving increased neutrophilic activation and altered mucin secretion. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 21]; 197 (4): 492-501. DOI: 10.1164/rccm.201708-1590OC
3. Ordoñez Sierra GA. Intervenciones educativas vs publicidad en la cesación del hábito de fumar en adolescentes. Revisión sistemática de la literatura [Tesis]. Bogotá: Universidad el Bosque; 2017 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/4250>
4. Pinza Regalado CT. El alcohol y el tabaco en el rendimiento académico en los alumnos del Bachillerato del Colegio Nacional Tarqui de Quito, en el año lectivo 2011-2012 [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1787>
5. Argudo Calle KL. Estudio e influencia de los fumadores de la comunidad FACSO. Crear campañas a través de los medios para concienciar los riesgos del tabaco [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015 [citado 12 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7477>
6. Cheesman Mazariegos SS, Suárez Lugo N. Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 31 Nov 2018]; 41 (1): 18-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100003&lng=es

7. Rondón Carrasco J, Morales Vázquez CL, Gamboa Carrazana K. Intervención educativa acerca del hábito de fumar en adolescentes. Consultorio 13. En: IV Encuentro internacional Estilos de vida vs hábitos tóxicos [Internet]. 2020 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <http://drogodependencia2020.sld.cu/index.php/drogodependencia/2020/paper/view/23>
8. Serrano Díaz CA, Herrera Gaytán A, Robles Mirabal V, Barrios Rodríguez T, Serrano Díaz CA, Herrera Gaytán A, et al. Diseño de Intervención Educativa sobre efectos nocivos del tabaco. Consultorio No. 10. Policlínico Manuel Piti Fajardo. Cárdenas. 2016. Rev medica electron [Internet]. octubre de 2018 [citado 12 Ene 2021]; 40 (5): 1459-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242018000501459&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Rey Brandariz J, Pérez Ríos M, Santiago Pérez MI, Varela Lema L, Giraldo Osorio A, Mourino N, et al. Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en España: Revisión sistemática. Adicciones [Internet]. 15 de junio de 2021 [citado 17 Ene 2021]; XX (X). Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1619>
10. Pérez Martínez D, Saborit Corría E, Jiménez Sánchez L. Intervención educativa para incrementar la severidad percibida del tabaquismo en pacientes fumadores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2019 [citado 17 Ene 2021]; 23 (1): 41-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942019000100041&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.
11. Organización Mundial de la Salud. La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco [Internet]. 2019 [citado 11 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>.
12. Soriano Rodríguez A, Soriano Rodríguez A. Día Mundial sin Tabaco 2006. Salud mental [Internet]. octubre de 2006 [citado 12 Ene 2021]; 29 (5): 75-8. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252006000500075&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

13. Estares Ventocilla W, Levano Francia L, Flores Farro A, Llopiz Guerra K. Protección de escolares en grupos de riesgos ante el tabaquismo y su educación social [Tesis]. Cuba: Universidad Central de las Villas; abril de 2021 [citado 17 Mar 2021]. Disponible en: <http://dspace.uclv.edu.cu:8089/xmlui/handle/123456789/12739>.
14. Hernández Gómez L. Conocimientos sobre hábito de fumar en adolescentes. En: Cienciamayabeque2021 [Internet]. 2021 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.cienciamayabeque2021.sld.cu/index.php/Fcvcml/Cienciamayabeque2021/paper/view/219>.
15. Suárez Lugo NC. Normas legales para la reducción del consumo de cigarrillos. Cuba. HS [Internet]. 2021 [citado 17 Ene 2021]; 20 (1). Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/3778>.
16. Gómez Tejeda JJ, Dieguez Guach R, Aguilera Velázquez R, Medina Campaña CM, Aguilera Velázquez Y. Incidencia del alcoholismo y el tabaquismo en estudiantes de medicina. En: cibamanz2021 [Internet]. 2021 [citado 17 May 2021]. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/29>.
17. Benet M, Espinosa A, Morejón A, Diez E, Landrove O, Ordúñez PO. La prevalencia de tabaquismo en la ciudad de Cienfuegos, Cuba. MEDICC Rev [Internet]. 2014 [citado 10 Ene 2021]; 16 (3-4). Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=29&id=372&a=vahtml>.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2019: ofrecer ayuda para dejar el tabaco: resumen [Internet]. 2019 [citado 11 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-PND-2019.5>.

19. Casado DG, Ramos Ábalos EM, Pinazo ÁT, Bedriñana FTA. Salud mental y consumo de drogas en prisiones españolas. Una perspectiva de género. PSYE [Internet]. 2021 [citado 11 Mar 2021]; 13 (1): 85-98. Disponible en: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psy/article/view/3478>.
20. Jiménez Puig E, Rodríguez LM, Suárez CA. Ansiedad, depresión, bienestar subjetivo y salud mental general en reclusos. Rev cuba med mil [Internet]. 2021 [citado 11 May 2021]; 50 (3): 02101292. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1292>.
21. Llopiz Guerra K, Díaz Flores F, Rodriguez Baca LS, Aguilar Hernando N, Llopiz Guerra K, Díaz Flores F, et al. La relación entre la escuela, la salud y la legislación para el logro de una educación antitabáquica. Propósitos y Representaciones [Internet]. enero de 2021 [citado 26 Ene 2021]; 9 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-79992021000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. García Tena M. Programa de educación para la salud dirigido a la deshabituación tabáquica en la Prisión Provincial de Jaén [Tesis]. Jaén: Universidad de Jaén; 2017 [citado 11 Ene 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10953.1/6388>
23. Salas Muñante MK. Nivel de conocimiento sobre las consecuencias del consumo de tabaco en la salud y su influencia en estudiantes de quinto grado de secundaria de un colegio nacional de Ica, julio a diciembre 2019. Ica: Universidad Nacional “San Luis Gonzaga”; 2021 [citado 4 Ene 2021]. Disponible en: Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/xmlui/handle/123456789/3244>
24. García Guerrero J, Marco A. Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. Revista Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. 2012 [citado 11 Ene 2021]; 14 (3): 106-13. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

25. Gómez Caspi CY. Relación de los Factores de Riesgo Psicosocial con el consumo de Drogas (alcohol, tabaco y otras sustancias psicotrópicas) en el personal del área operativa de una empresa florícola [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11783>
26. Robinson A, Sweeting H, Hunt K. UK news media representations of smoking, smoking policies and tobacco bans in prisons. Tobacco control [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 4]; 27 (6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29459388/>
27. Eisenberg MJ, Hébert Losier A, Windle SB, Greenspoon T, Brandys T, Fülöp T, et al. Effect of e-Cigarettes Plus Counseling vs Counseling Alone on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. JAMA [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 3]; 324 (18): 1844-54. DOI: 10.1001/jama.2020.18889
28. Pippo A, Llambí L, Fontao S, Albistur JA, Areán JC, Olmedo N, et al. Tabaquismo y género: conocimiento sobre enfermedades tabaco-dependientes en la mujer, entre usuarias hospitalizadas en hospitales públicos de Montevideo 2017. Rev urug med interna [Internet]. 2018 [citado 4 Ene 2021]; 03 (02): 22-30. Disponible en: http://www.medicinainterna.org.uy/wp-content/uploads/2018/06/Libro-Rumi_N%C2%B02_TABACO_pgs22a30pdf.pdf
29. Becerra N, Robayo González CX, Ramírez DA, Sánchez M, Alba LH. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tabaquismo en un grupo de médicos en Bogotá Univ. Med [Internet]. 2021 [citado 26 Mar 2021]; 62 (2). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-2.tab>
30. Puentes Valle D, Rodríguez Pérez LA, Pupo Ávila NL, Sit Pacheco R. El tratamiento grupal multicomponente: un método efectivo contra el tabaquismo. Rev cub salud pública [Internet]. 2019 [citado 26 Ene 2021]; 45: e1288. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n2/e1288/>

31. Robinson A, Sweeting H, Hunt K. UK news media representations of smoking, smoking policies and tobacco bans in prisons. *Tob Control* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 3]; 27 (6): 622-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-053868>
32. Fernández Hernández F, Sánchez González E. Coeficiente de inequidad económica del tabaquismo en los servicios de la salud pública. *Correo cient méd* [Internet]. 2019 [citado 26 Ene 2021]; 23 (4): 1962-70. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3406>
33. Organización Mundial de la Salud. Declaración conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y la ACNUDH sobre la COVID-19 en prisiones y otros centros de detención [Internet]. 2020 [citado 26 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-05-2020-unodc-who-un aids-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings>
34. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. Cuernavaca, México: INSP/OPS, 2017 [citado 8 Ene 2021]. Disponible en: http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA_GATS__2015.pdf
35. Muñoz Cifuentes P. Cuestiones éticas de la atención al paciente fumador en atención primaria [Tesis]. España: Universidad de Zaragoza; 2016 [citado 8 Ene 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/47867/files/TESIS-2016-052.pdf>
36. Pupo Ávila NL, Hechavarría Toledo S, Lozano Lefrán A. Caracterización de las publicaciones sobre tabaquismo en revistas científicas cubanas (2005-2014). *Rev Cub Salud Pub* [Internet]. 2016 [citado 16 Ene 2021]; 42 (3): 375-384. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300005&lng=es.

37. Plá García A, Elizalde Gálvez MG, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño JC, Nieves Sardiñas BN. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 [citado 13 Ene 2021]; 38 (3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1526/3043>.
38. Tasayco Ramírez M. Actitudes sobre el consumo de tabaco en adolescentes de la Institución Educativa N°163 Néstor Escudero Otero, 2017 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/11882>
39. Candiotti Lizana RM, Soto Ordoñez SM, Alcántara Ildefonso MC. Consumo de tabaco en adolescentes de secundaria de colegios públicos del distrito de Ventanilla [Tesis]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/51>
40. González Menéndez AM, Espinosa Quintana Y, Figueredo González I. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaquismo. Redel Revista Granmense de Desarrollo Local [Internet]. 5 de diciembre de 2018 [citado 26 Ene 2021]; 2 (4). Disponible en: <https://revistas.udg.co.cu/index.php/redel/article/view/571>
41. Llacsahuanga Jiménez Y. Relaciones intrafamiliares y actitud consumidora de tabaco en adolescentes de 14 a 17 años. Institución Educativa N° 6070 Villa El Salvador Lima -2015 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2015 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/97>
42. Ortiz Simarro S. Situación del tabaquismo en Canarias [Tesis]. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna; 2018 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23660>
43. Martell Martínez M, Betancourt Sánchez N, Lozada Bazain R, Echemendía Reyes E, Suárez Ramos L, Reyes Hernández B, et al. Intervención educativa sobre consecuencias del tabaquismo en adolescentes de Nuevitas. MediSur [Internet]. 2021

[citado 17 Ene 2021]; 19 (2): 260-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2021000200260&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

44. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García LA, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev cuba hig epidemiol [Internet]. 2006 [citado 8 Ene 2021]; 44 (3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223220189007>

45. Suárez Lugo N. Consumo, precio y segmentación del mercado de cigarrillos. Cuba, 2017. Rev cuba salud pública [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 26 Ene 2021]; 44 (4): 1-21. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1356>

46. Lorenzo Vázquez E, Fabelo Roche JR, González Herrera N. La prevención del tabaquismo en Cuba. Rev Hosp Psiquiatr La Habana [Internet]. 2019 [citado 26 Ene 2021]; 15 (1). Disponible en: <http://www.revph.sld.cu/index.php/hph/article/view/44>

47. Brown A, O'Donnell R, Eadie D, Purves R, Sweeting H, Ford A, et al. Initial Views and Experiences of Vaping in Prisons: A Qualitative Study With People in Custody Preparing for the Imminent Implementation of Scotland's Prison Smokefree Policy. Nicotine Tob Res [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 20]; 23 (3): 543-9. DOI: 10.1093/ntr/ntaa088.

48. Ortega García J, Perales J, Cárcelos Alvarez A, Sánchez Sauco M, Villalona S, Mondejar Lopez P, et al. Long term follow-up of a tobacco prevention and cessation program in cystic fibrosis patients. Adicciones [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 3]; 28 (2): 99-107. DOI: 10.20882/adicciones.778

49. Organización Mundial de la Salud. La OMS presenta un nuevo informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo [Internet]. 2019 [citado 11 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/26-07-2019-who-launches-new-report-on-the-global-tobacco-epidemic>

50. Hernández Urbay DC. Factores de riesgo asociados al tabaquismo en los estudiantes de la universidad Marta Abreus de Las Villas [Tesis]. Villa Clara: Universidad Marta Abreus de Las Villas; 2011 [citado 11 Ene 2021]. Disponible en: <http://dspace.uclv.edu.cu:8089/xmlui/handle/123456789/2726>
51. Suarez Lugo N, Caro Hernández BM. Costos institucionales en la atención primaria de salud a los fumadores, Cienfuegos, 2018. Rev cuba salud pública [Internet]. 2021 [citado 26 Mar 2021]; 47 (1): 1-18. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2051>
52. De Martín Suárez CA. Proyecto de investigación sobre el conocimiento y los hábitos tabáquicos en adolescentes [Tesis]. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna. Campus Ciencias de La Salud. Área de Enfermería y Fisioterapia; 2016 [citado 17 Ene 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3698/Proyecto%20de%20investigacion%20sobre%20el%20conocimiento%20y%20los%20habitos%20tabaquicos%20en%20adol%20esentes.%20.pdf?sequence=1>
53. Martell Martínez M, Betancourt Sánchez N, Lozada Bazain R, Echemendía Reyes E, Suárez Ramos L, Reyes Hernández B, et al. Intervención educativa sobre consecuencias del tabaquismo en adolescentes de Nuevitas. MediSur [Internet]. abril de 2021 [citado 4 Ene 2021]; 19 (2): 260-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2021000200260&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
54. Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S, Álvarez Martínez EM. Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillos. Resultados de su aplicación en Cuba, 2017. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 17 Ene 2021]; 18 (4): 654-65. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2434>
55. Ruiz Mori E, Ruiz Mori H, Salazar Rojas R, Torres Mallma C, Valer Villanueva S, Santiago B, et al. Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores,

exfumadores y no fumadores. Horiz Med [Internet]. 2016 [citado 9 Ene 2021]; 16 (1): 32-37. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100005

56. Argudo Calle KL. Estudio e influencia de los fumadores de la comunidad FACSO. Crear campañas a través de los medios para concienciar los riesgos del tabaco [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015 [citado 12 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7477>

57. Flores Mateo GS, Morchón Ramos C, Masuet Aumatell P. Edad de inicio en el consumo del tabaco como predictor de la deshabituación tabáquica. Aten Primaria [Internet]. 2005 [citado 4 Mar 2021]; 35 (9): 466-71. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656705704029?via=sd>

58. Martínez Barreiro LA, González Broche M, Cedeño González D, Cedeño González D. Intervención educativa con las nuevas tecnologías sobre el hábito de fumar en las enfermedades bucales en pandemia. En: cibamanz2021 [Internet]. 2021 [citado 4 Mar 2021]. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/51>

59. Ríos LAR, Camacho Rodríguez DE, Ballestas LFF, Ferrel Ortega FR, Bautista Pérez F. Diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes según el sexo universitarios. Rev cuba Enferm [Internet]. 2018 [citado 26 Ene 2021]; 34 (3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1479>

60. González Ramos RM, Hernández Cardet Y, Vázquez González JA, Alonso Suárez B, Ferreiro Reynaldo A. Pasatiempo sin Humo: Propuesta de Programa educativo, contra el hábito de fumar en adolescentes. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2016 [citado 17 Ene 2021]; 15 (5): 782-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2016000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

61. López Santana Y, Villar Rojas Y, Laugart Wilson A, Cintra Hernández Y, Arañó Furet M S. Modificación de conocimientos sobre tabaquismo en un consultorio médico de la familia prov. Granma. Rev inf cient [Internet]. 2017 [citado 13 Ene 2021]; 87 (5), Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_87_No.5/modificacion_de_conocimientos_sobre_tabaquismo_en_un_cmf_tc.pdf.
62. Yagüe Olmos C, Cabello Vázquez MI. Programa de deshabituación tabáquica para internos y trabajadores de un centro penitenciario. Revista Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. 2008 [citado 17 Ene 2021]; 10 (2): 57-64. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202008000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
63. Gulayin PE, Irazola V, Rubinstein AL, Bruno R, Rossi Díaz A. Adolescentes Libres de Tabaco: Efectividad de una intervención educativa. Estudio antes-después controlado. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2018 [citado 17 Ene 2021]; 116 (3): e392-e400. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/9691164>.
65. Veloz Miño S, Mejía Paredes M, Abarca Carrasco R, Veloz Miño M, López Rodríguez MA. Educación en salud como estrategia de sensibilización y prevención del consumo de tabaco en escolares. Revista Espacios [Internet]. 2019 [citado 17 Ene 2021]; 40 (17): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a19v40n17/a19v40n17p08.pdf>
66. ECIMED. Colectivo de autores. Administración y Gestión de los Servicios de Enfermería. La Habana: ECIMED; 2009
67. Valdés Sardiñas A , Hernández Gutiérrez D, Suárez Morales X, Tejera Annel F , Marcial López G. El tabaquismo y su asociación con la salud bucal de los adolescentes. Acta méd cent [Internet]. 2020 [citado 17 Ene 2021]; 14 (1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2020/mec201e.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I: TEST DE FAGERSTRÖM

¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma	Menos de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0

¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios	Sí	1
	No	0

¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	menos de 11	0

¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0

Puntuación entre 0 y 3: dependencia baja.

Puntuación entre 4 y 6: dependencia moderada.

Puntuación de 7 o más: dependencia alta.

ANEXO II: CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad: ____

2. Nivel de escolaridad:

- a) ____ Primaria.
- b) ____ Secundaria Básica
- c) ____ Preuniversitaria
- d) ____ Técnico Medio
- e) ____ Universitario

3. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar?

Nunca he fumado

- a) ____ menos de 18 años
- b) ____ 18-27
- c) ____ 28-37
- d) ____ 38-47
- e) ____ 48-57
- f) ____ 58 y más

4. ¿Qué lo motivó a comenzar a fumar?

- a) ____ No fumo
- b) ____ Inducido por amigos
- c) ____ Imitación de padres y/o familiares
- d) ____ Para sentir placer
- e) ____ Porque me calma los nervios
- f) ____ Otro

5. ¿Qué cantidad de cigarrillos fuma diariamente?

- a) ____ No fumo
- b) ____ 1-5 cigarrillos

c) ____ 6-15 cigarrillos

d) ____ 16 o más

ANEXO III: ENCUESTA DE CONOCIMIENTO ACTITUD Y PERCEPCIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO

1. Basándose en lo que sabe o lo que cree, ¿fumar productos del tabaco causa enfermedades graves?
 - a) ☐ Sí
 - b) ☐ No
 - c) ☐ No sé.

2. Basándose en lo que sabe o lo que cree, ¿fumar productos del tabaco causa lo siguiente?
 - a) ☐ Accidentes cerebrovasculares (coágulos de sangre en el cerebro que pueden causar parálisis)
 - b) ☐ Cáncer bucal
 - c) ☐ Cáncer de pulmón
 - d) ☐ Infección en los riñones
 - e) ☐ Diarreas
 - f) ☐ Enfermedad respiratoria crónica (por ejemplo, enfisema, Bronquitis crónica)

3. ¿Apoya o está en contra de la ley que prohíbe fumar en lugares de trabajo cerrados y lugares públicos como restaurantes y bares?
 - a) ☐ Apoya
 - b) ☐ Está en contra
 - c) ☐ No sabe

4. ¿Estaría a favor o en contra de aumentar los impuestos sobre los productos del tabaco?
 - a) ☐ Apoya
 - b) ☐ Está en contra
 - c) ☐ No sabe
 - d) ☐ No responde

5. ¿Está de acuerdo con la prohibición en la venta de tabaco a menores de 18 años?

- a) ☐ Sí.
- b) ☐ No.
- c) ☐ Me es indiferente.

6. ¿Estaría a favor o en contra de una ley que prohíba la publicidad de todos los productos de tabaco?

- a) ☐ Apoya
- b) ☐ Está en contra
- c) ☐ No sabe
- d) ☐ No responde

7. ¿Ha conocido acerca del tabaquismo a través de cualquiera de las siguientes fuentes?

- a) ☐ Colegio.
- b) ☐ Centro de salud.
- c) ☐ En casa.
- d) ☐ Tv, Internet u otro medio de comunicación.
- e) ☐ Otro: _____
- f) ☐ No sé

8. ¿Conoce alguna medida para dejar de fumar? Puede marcar varias.

- a) ☐ Farmacéuticas.
- b) ☐ Psicológicas.
- c) ☐ Libros y videos de auto-ayuda.
- d) ☐ Otras.
- e) ☐ Ninguna.

9. ¿Por qué cree que la gente fuma?

- a) ☐ Porque es algo normal.
- b) ☐ Porque no conocen sus consecuencias.
- c) ☐ No lo sé.

10. ¿Qué siente cuando alguien fuma en tú presencia?

- a) ☐ Nada, no me importa, me es indiferente.
- b) ☐ Me agrada el humo del cigarro.
- c) ☐ En algunas ocasiones me molesta.
- d) ☐ Siempre me molesta.

ANEXO IV: PROGRAMA EDUCATIVO: “FUMAR, DAÑO MORTAL”

Introducción

Este programa, tiene como base la necesidad de capacitar a los internos que se les aplicó la encuesta, para elevar los conocimientos que poseen sobre el hábito de fumar y su repercusión para la salud general, para que de esta forma logren modificar sus aptitudes y se conviertan en promotores dentro de las escuelas y con sus familias.

El diseño responde a las necesidades de aprendizaje identificadas, se emplea una serie de actividades educativas que sirve de herramientas indispensables para lograr motivar al grupo para que cambie sus creencias erróneas y desarrolle actitudes positivas hacia la conservación de la salud. Como primer paso del programa, se seleccionó y capacitó a un promotor de salud perteneciente al propio grupo de pacientes.

Título: “Fumar, daño mortal”

Objetivo general: incrementar la severidad percibida acerca del tabaquismo en pacientes fumadores participantes en el estudio.

Objetivos específicos:

- Brindar información acerca de los daños y consecuencias de mantener el tabaquismo.
- Explicar las alternativas de ayuda que puedan favorecer la disminución del consumo de cigarro o tabaco.

Diseño de las sesiones del programa:

Sesión inicial

Tema: “Trabajando en conjunto”.

Objetivo:

- Establecer la empatía necesaria para el trabajo grupal.
- Presentar el programa, los temas, los aspectos del encuadre y las normas grupales.
- Aplicar el cuestionario para conocer el estado inicial del grupo.
- Conocer las expectativas del grupo.

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: caja de fósforos.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial

Pre tarea formal: caldeamiento específico. Se aplica la técnica de presentación: "Mientras dure el fósforo."

Objetivo: dinamizar la actividad.

Procedimiento: se reparte un fósforo a cada participante para que lo encienda y se presente dando datos personales a los demás miembros del grupo, mientras esté encendido el fósforo.

Momento de planteamiento temático y elaboración:

Se explica el encuadre, se presenta el programa, los temas a tratar y normas grupales.

Dentro de las normas grupales se destacan la asistencia y puntualidad a cada sesión, la confidencialidad de lo abordado y el carácter cerrado del grupo.

Se aplica la técnica: "Dime qué esperas."

Objetivo: conocer las expectativas del grupo.

Procedimiento: cada participante debe decir qué espera de la terapia en particular (expectativas) y qué espera para su vida futura en general.

Momento de integración y cierre

Se emplea la técnica: “Los dedos de mi mano.”

Objetivo: evaluar la sesión.

Procedimiento: cada participante dice una palabra por cada dedo de su mano izquierda sobre cómo se sintió en la actividad del día.

Orientación de la tarea: traer en papel los daños que considera provoca el cigarro a la salud, para debatirlo en la próxima sesión.

Sesiones temáticas:

Sesión 1

Tema: “Efectos nocivos del tabaquismo para la salud del fumador”.

Objetivos: informar acerca de los efectos nocivos del tabaquismo a los participantes.

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: pizarra, tizas y documentos impresos.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial

Pre tarea formal: caldeamiento específico. Se emplea la técnica: “La pelota.”

Objetivo: animar a los participantes.

Procedimiento: los participantes se colocan en círculo, el coordinador tira la pelota y dice: aire, agua o tierra. Quien reciba la pelota deberá decir el nombre de un animal que viva en este lugar. Luego debe tirarla a otra persona y así sucesivamente.

Momento de planteamiento temático y elaboración

Se desarrollará la técnica lluvia de ideas, con el tema: “Efectos nocivos del consumo de cigarro para la salud.”

Objetivo: identificar los principales daños que provoca el consumo de cigarro para la salud.

Procedimiento: los participantes dan sus opiniones sobre el tema abordado. Las ideas se recogen en una pizarra y se le da lectura para ser, luego, debatidas por el grupo.

Se recogen los papeles de la tarea y se le da lectura a cada uno. Lo traído a la sesión por los participantes se compara con los resúmenes científicos existentes.

Se emplea la técnica: lectura comentada: testimonio de exfumador: “Alteraciones en mi salud me hicieron abandonarlo.”

Objetivo: favorecer la reflexión y el análisis de los participantes acerca de los principales daños y consecuencias para la salud del hábito de fumar.

Procedimiento: el coordinador da lectura al testimonio de un exfumador donde se reflejan elementos relacionados con el inicio de tabaquismo, el consumo diario, las consecuencias negativas provocadas a su salud y las principales motivaciones que hicieron posible el abandono del hábito.

Momento de integración y cierre:

Se resume la actividad y se le pregunta a los participantes que fue lo que más y lo que menos le gustó de la actividad.

Orientación de la tarea: traer una foto de personas queridas.

Sesión 2

Tema: “Motivación para dejar de fumar.”

Objetivo: explicar a los participantes los daños del tabaquismo a la salud.

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: documentos impresos.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial

Pre tarea formal: caldeamiento específico. Se desarrolla la técnica de animación: “Juego de palabras.”

Objetivo: dinamizar la actividad.

Procedimiento: un participante dice una palabra relacionada con el tabaquismo y el que le sigue debe decir otra que comience con la letra que terminó la palabra anterior; el que no sea capaz de cumplir la tarea sale del juego.

Momento de planteamiento temático y elaboración

Se realiza una lectura comentada “Usted puede dejar de fumar”

Objetivo: favorecer la reflexión y el análisis de los participantes acerca de los principales daños y consecuencias para la salud del tabaquismo.

Procedimiento: el coordinador da lectura del testimonio de un exfumador donde se reflejan elementos relacionados con el inicio de tabaquismo, el consumo diario, las consecuencias negativas provocadas a su salud y las principales motivaciones que hicieron posible el abandono de la adicción.

Momento de integración y cierre

Se emplea la técnica: "Una frase."

Objetivo: evaluar la sesión.

Procedimiento: cada miembro expresará una frase en la que refleje su sentir en el grupo durante el encuentro, al final la coordinadora hará la reflexión con las palabras dichas.

Orientación de la tarea: traer por escrito algunos efectos nocivos del tabaquismo para las personas que le rodean.

Sesión 3

Tema: "Efectos nocivos del tabaquismo para la salud de la familia del fumador"

Objetivo: informar acerca de los efectos nocivos del tabaquismo a la familia de los participantes.

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: fotos, pizarra y tizas, documentos impresos, sillas.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial

Se emplea la Técnica: "Me quedé con la foto."

Objetivo: dinamizar la actividad.

Procedimiento: los participantes estarán de pie frente a un círculo de sillas, con la foto que trajeron en la mano. Se colocará una silla menos que el número de participantes,

luego, al parar la música, cada uno tratará de colocar la foto en una de las sillas, el que quede fuera sale del juego.

Momento de planteamiento temático y elaboración

Se realiza la técnica lluvia de ideas con el tema: “Daños que puede provocar el tabaquismo a la salud de las personas que me rodean.”

Objetivo: potenciar la percepción de riesgo del hábito de fumar en la salud de las personas cercanas.

Procedimiento: los participantes dan sus opiniones sobre el tema abordado. Las ideas se recogen en una pizarra y se le da lectura para ser debatidas por el grupo.

Se tiene en cuenta el concepto de fumador pasivo.

Fumador pasivo: son aquellas personas que no fuman pero que están en contacto constante con los fumadores e inhalan el humo del cigarro.

Se le da lectura a la Reflexión de un exfumador: “El amor a la familia...aunque también hubo caramelos.”

Objetivo: favorecer la reflexión y el análisis de los participantes acerca del daño que pueden provocar el tabaquismo en la salud de las personas que le rodean.

Procedimiento: el coordinador da lectura del testimonio de un exfumador donde se reflejan elementos relacionados con el inicio de la adicción, el consumo diario, la percepción del daño a la salud de las personas que le rodean y el apoyo recibido para abandonar el consumo.

Momento de integración y cierre

Se resume la actividad y se emplea la técnica: “Cuando mi amigo pregunte.”

Objetivo: evaluar la sesión.

Procedimiento: los participantes deben responder que le dirían a su mejor amigo si le preguntara ¿Qué haces en el grupo de intervención?

Orientación de la tarea: se orienta a los participantes, realizar una tabla con las ventajas y desventajas de disminuir el tabaquismo, para traerla en la próxima sesión.

Sesión 4

Tema: “Beneficios de abandonar el tabaquismo”.

Objetivo: ofrecer información acerca de los beneficios de abandonar el tabaquismo.

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: reloj, documentos impresos, plumón.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial

Pre tarea formal: caldeamiento específico. Se desarrolla la técnica: “El fútbol de mano”.

Objetivo: animar la actividad.

Procedimiento: los participantes se colocan en rueda y se numeran del uno al dos y así se forman ambos equipos. Se deberá pasar el plumón de mano en mano hasta llegar al comienzo. El equipo que antes regrese el plumón al inicio, anota un gol.

Momento de planteamiento temático y elaboración

Se comenta lo abordado en la sesión anterior.

Se revisa la tarea, donde cada participante lee su tabla de ventajas y desventajas de disminuir el tabaquismo y se discute en el grupo.

Se desarrolla la Lectura comentada: “Beneficios de abandonar el cigarro.”

Objetivo: potenciar en los participantes una mayor percepción de los beneficios de disminuir el tabaquismo.

Procedimiento: el coordinador ofrece a los participantes una lectura donde se exponen los beneficios que pueden disfrutar los pacientes fumadores que deciden abandonar la adicción.

Se desarrolla el ejercicio vivencial: “Es mejor dejar de fumar.”

Objetivo: potenciar las ventajas percibidas por encima de las desventajas.

Procedimiento: se orienta a los fumadores la realización de varias respiraciones profundas con los ojos cerrados, lo que le permite experimentar el bienestar de disminuir el tabaquismo.

Se realiza la técnica de relajación “Escuchando el reloj.” Se hace énfasis en la focalización y respiración, alejado del humo del cigarro.

Objetivo: lograr la relajación haciendo énfasis en la focalización y respiración, alejado del humo del cigarro.

Procedimiento: al paciente sentado en el piso, recostado a la pared y con los ojos cerrados, se le coloca un reloj, se le orienta escuchar el sonido y prestar atención a todos los detalles: características y espacio de tiempo entre ellos. Pasado cinco minutos el terapeuta reflexionará acerca de algunos principios generales de la vida asociados, sobre todo, a la disminución de la adicción, los mismo serán de aceptación para el sujeto y útiles en la sesión.

Momento de integración y cierre

Se resume la actividad y se emplea la técnica: “Una palabra.”

Objetivo: evaluar la sesión.

Procedimiento: cada miembro expresará una palabra en la que refleje su sentir en el grupo durante el encuentro, al final la coordinadora hará la reflexión con las palabras dichas.

Orientación de la tarea: realización del ejercicio vivencial en la casa.

Sesión 5

Tema: “Estilos de vida saludables.”.

Objetivo: abordar los principales elementos que caracterizan a un estilo de vida saludable

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: documentos impresos.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial

Pre tarea formal: caldeamiento específico. Se desarrolla la técnica de animación: “Juego de palabras.”

Objetivo: dinamizar el grupo.

Procedimiento: cada participante debe decir una palabra, el siguiente dirá la del participante que le antecedió y le agregará una nueva palabra y así sucesivamente.

Momento de planteamiento temático y elaboración

Se realiza el “Ejercicio de proyecto de vida.”

Objetivo: potenciar proyectos de vida sanos en los participantes alejados del tabaquismo.

Procedimiento: se comienza con un ejercicio de respiración profunda que relaje los músculos en lugar de fumar un cigarro.

Se les pide a los participantes elaborar sus proyectos de vida, basado en las responsabilidades y obligaciones que debe cumplir para alcanzar sus aspiraciones y metas, siempre alejadas del tabaquismo.

Se realiza el “Ejercicio de tiempo libre.”

Objetivo: favorecer el empleo saludable del tiempo libre alejado del hábito de fumar.

Procedimiento: se orienta a los participantes recordar actividades y emociones que haya experimentado, como nadar, escuchar música, bailar. Al estimular los sentidos, se elimina el riesgo del abuso de sustancias tóxicas como la nicotina del tabaco. Se sugieren alternativas saludables del empleo del tiempo libre siempre alejadas del tabaquismo.

Momento de integración y cierre

Se emplea la técnica: “Una frase.”

Objetivo: evaluar la sesión.

Procedimiento: cada participante refiere una frase donde comente cómo se sintió en la sesión de trabajo.

Orientación de la tarea: traer escrito, según su criterio, las razones que dificultan dejar de fumar.

Sesión 6

Tema: “Sugerencias para disminuir el hábito de fumar.”.

Objetivo: informar acerca de las principales orientaciones para disminuir el tabaquismo.

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: documentos impresos, papel.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial

Pre tarea formal: caldeamiento específico. Se emplea la técnica: "Cuerpos expresivos."

Objetivo: Animación.

Procedimiento: se escribirá en los papeles el nombre de animales de ambos géneros.

Ejemplo: león en un papelito, en otra leona (tantos papeles como participantes). Se distribuirán y se dirá que, durante cinco minutos, sin hacer sonidos, actuarán como el animal que les tocó y buscarán a su pareja. Cuando crean que lo han encontrado, se toman del brazo y se quedan en silencio alrededor del grupo, no se puede decir a su pareja qué animal es.

Momento de planteamiento temático y elaboración

Se comenta lo abordado acerca de los principales daños a la salud relacionados con el tabaquismo.

Se comenta la tarea dejada en la sesión anterior.

Se abordan los elementos relacionadas con el síndrome de abstinencia.

Algunos consejos para mantener la abstinencia.

Se emplea la técnica de la Lectura comentada: testimonio de exfumador: “Me aterrorizó, pero se lo agradezco.”

Objetivo: favorecer la reflexión y el análisis de los participantes acerca de la importancia de mantener el estado de abstinencia.

Procedimiento: el coordinador da lectura del testimonio de un exfumador donde se reflejan elementos relacionados con el inicio de hábito de fumar, el consumo diario, los principales síntomas experimentados al abandonar el consumo, las redes de apoyo con las que contaba y las ventajas disfrutadas.

Se comenta lo leído entre los participantes.

Se sugiere la técnica de medicina natural tradicional, microsistema de oreja (semillas) puntos en la oreja para disminuir la ansiedad. Se cambia cada siete días hasta que el paciente mejore.

Se orienta el ejercicio de relajación “Focalización-Respiración-Imaginación.”

Objetivo: potenciar la relajación y disminuir la ansiedad que provoca el síndrome de abstinencia.

Procedimiento: se practica en un lugar tranquilo, con los ojos cerrados. Se focaliza la atención en ruidos del alrededor, luego en partes del cuerpo. A continuación, el foco de atención pasa a la respiración, se toma lentamente el aire por la nariz y se expulsa por la boca para así lograr la relajación. Por último, se emplea la imaginación en función de acontecimientos agradables de la vida del sujeto alejados del hábito de fumar. El ejercicio tiene una duración de 15 a 20 minutos a diario hasta lograr su dominio adecuado.

Momento de integración y cierre

Se resume la actividad y se utiliza la técnica de lo positivo, lo negativo y lo interesante (PNI).

Objetivo: evaluar la sesión.

Procedimiento: consiste en que cada miembro exprese aspectos positivos, negativos e interesantes vividos durante el encuentro.

Orientación de la tarea: traer por escrito el momento que más le agrado de la intervención.

Sesión de cierre

Tema: "La despedida".

Objetivo: resumir los principales elementos abordados en el programa de intervención.

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: sillas, documentos impresos.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial

Pre tarea formal: caldeamiento específico. Se aplica la técnica: "Las sillas."

Objetivo: animar la sesión.

Procedimiento: todos se colocan alrededor del círculo de sillas. Luego comienza la música y cuando pare, uno se queda de pie. Se saca siempre una silla hasta que quede un ganador.

Momento de planteamiento temático y elaboración

Realización de una dinámica de grupo mediante la reflexión grupal a partir de la exposición en equipos de los temas abordados en las sesiones anteriores. Se resume

por el médico y la enfermera los elementos más significativos abordados en las sesiones anteriores y se destaca su importancia para los participantes y la comunidad.

Se le da lectura a la reflexión: “El billete de 500 pesos”, que permite transmitir a los pacientes un mensaje final de lo importante que resulta querernos y cuidarnos a nosotros mismos.

Momento de integración y cierre

Se desarrolla la técnica: “Las tres sillas.”

Objetivo: evaluación.

Procedimiento: se ubican tres sillas y cada participante dice, en la primera cómo llegó al grupo, en la segunda cómo se sintió y en la tercera cómo se va del grupo.

Los coordinadores se despiden de los pacientes

ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO JEFE SERVICIOS MÉDICOS DEL MININT

A través de este documento deseo expresar que he sido informado acerca del desarrollo en la Prisión Provincial de Ariza, de una investigación titulada ``Intervención educativa sobre hábito tabáquico en pacientes privados de libertad. Prisión Provincial de Ariza. 2019-2021'', cuya autora es la Dra. Nadia Lucia Chaples Valdés, ya que la misma contribuirá a elevar los conocimientos sobre dicho hábito en la población de estudio.

Se me ha informado, además, que los datos inherentes a la unidad y que constituyan riesgos para la defensa del país, serán solamente del conocimiento de los investigadores. De igual manera se me ha explicado que de este estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para mí.

Sobre la base de lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas, expreso mi disposición a autorizar la ejecución de esta investigación en nuestra institución, así como a apoyar en lo concerniente a la logística necesaria para su desarrollo.

Y para que así conste firmo el siguiente documento:

Nombre y Apellidos: _____

Firma: _____

Médico: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO VI: AVALES DEL DIRECTOR DEL POLICLÍNICO

Título Intervención educativa sobre hábito tabáquico en pacientes privados de libertad.
Prisión Provincial de Ariza. 2019-2021

Yo Dr. (a) _____ Director(a) del Policlínico Raúl Suárez Martínez, he sido informado por la Dra. Nadia Lucia Chaples Valdés de su interés por la realización de un estudio que tiene como objetivo elaborar una intervención educativa sobre conocimiento, actitud y percepción del hábito tabáquico en la población del Consultorio Médico de la Familia No 5. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2021 en el periodo comprendido de enero del 2019 a diciembre de 2021. Considerando la situación actual que presenta nuestro municipio respecto a esta problemática creo oportuno la realización de este trabajo y como constancia de aprobación firmo la presente.

Firma Director del Policlínico Universitario de Rodas "Raúl Suárez Martínez"

Día_____ Mes_____ Año_____

ANEXO VII: DICTAMEN DEL COMITÉ ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución: _____

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

De _____ los
autores _____

_____ y encontrado que el mismo cumple con:

Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐

Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐

La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐

La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐
N ☐ NP ☐

Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐

El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐

La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐
NP ☐

El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐

Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tratamiento. y salida.
S ☐ N ☐ NP ☐

La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐

La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐

La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐

Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐

El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐

La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

 Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 20__.

[illegible]

ANEXO VIII: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ autorizo a la autora de la investigación Intervención educativa sobre hábito tabáquico en pacientes privados de libertad. Prisión Provincial de Ariza. 2019-2021, de manera consciente y voluntaria a utilizar la información ofrecida por mí en su investigación. Se nos hizo saber que esta tendrá fines científicos y los resultados serán expuestos en jornadas científicas; los datos ofrecidos tendrán la garantía de confiabilidad establecida por los acuerdos internacionales y códigos de ética. De igual manera se nos dio a conocer que tenemos la potestad de abandonar la investigación en el momento que lo estimemos conveniente sin menoscabo de las relaciones con el investigador