



*Policlínico Docente Universitario
Tomás Romay Chacón. Municipio Abreus*

*Tabaquismo. Intervención educativa en la población fumadora del
consultorio 2. Yaguaramas. 2019-2021*

*Trabajo para optar por el título de Especialista de 1^{er} Grado en Medicina
General Integral.*

*Autor: Dra. Divianne Vega Saez **
*Tutora: M^{sc} Dra. Maydelin Pérez Reina. ***

** Residente de 3^{er} año MGI*

*** Especialista en primer grado de MGI, Medicina Física y
Rehabilitación.*

*** M^{sc} en Longevidad satisfactoria*

Cienfuegos 2021

E x e r g o

*“L a m e d i d a d e l a r e s p o n s a b i l i d a d e s t á e n l o
e x t e n s o d e l a e d u c a c i ó n ”.*

J o s é M a r t í

DEDICATORIA

Este trabajo fruto del esfuerzo y la entrega, 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. A la Mcs. M a i d e l í n P é r e z R e i n a que supo brindarme sus conocimientos y experiencias para la culminación de este trabajo.

A G R A D E C I M I E N T O

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 a la M cs. M aidelín Pérez Reina 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 tres años sus sabios conocimientos, que han sido una fuente enriquecedora para mi formación profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.2
FUNDAMENTO TEÓRICO	13
FUNDAMENTO METODOLÓGICO	¡Error! Marcador no definido.1
RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
DISCUSIÓN	1
CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

Resumen:

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva, suele iniciarse en la adolescencia o al principio de la edad adulta y es considerado un problema de salud de gran trascendencia, es la principal causa evitable de mortalidad en la región. **Objetivo:** aplicar una propuesta de intervención educativa en pacientes fumadores en el CMF 2 de Yaguaramas. **Material y Método:** se realizó una investigación de tipo IDi (Investigación Desarrollo) en la cual se asume un diseño descriptivo, en el periodo que comprendió de enero del 2019 a enero del 2022. El universo estuvo conformado por 138 fumadores con una muestra de 70 pacientes seleccionados por el método de muestreo de conveniencia. **Resultados:** predominaron los pacientes de 39 a 48 años (31,5), sexo masculino (60,0%), con nivel escolar Universitario (41,7%) y profesionales que mostraban alta dependencia al cigarro y el 67,1% fueron los hipertensos. El mayor porcentaje de las pacientes antes de la intervención, no tenían conocimientos adecuados acerca de los daños ocasionados por el tabaquismo y luego de la intervención predominaron los pacientes que alcanzaron conocimientos referentes al tema y expresaron su deseo de dejar de fumar. **Conclusiones:** la población estuvo caracterizada por profesionales en edad productiva, mayoritariamente del sexo masculino con antecedentes de ENT. El programa educativo tuvo un efecto favorable en el nivel de conocimiento acerca del Tabaquismo en los pacientes fumadores. La intervención educativa resultó ser muy efectiva donde se logró motivar a los pacientes para abandonar el hábito de fumar acudiendo a la consulta de Cesación Tabáquica.

Palabras clave: tabaquismo, nivel de conocimientos, cesación tabáquica.

INTRODUCCION :

El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recurrente, que en el 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad y que se mantiene merced a la dependencia que produce la nicotina y cuyas principales manifestaciones clínicas son: trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios y aparición de tumores en diversas localizaciones. Tiene una alta prevalencia que varía en los diferentes países de acuerdo a criterios sociales, económicos y culturales. El tabaquismo es la principal causa de mortalidad prematura y evitable, en los países desarrollados. ⁽¹⁾

La popularidad del tabaco en Europa se debe a distintas causas. Primero se empleó como producto medicinal: para la sordera, verter una gota de tabaco en el conducto auditivo externo, contra los eritemas y eczemas, fricciones fuertes y diarias con hojas fuertes de tabaco; en procesos bronquiales con tos tomar jarabes obtenidos por cocción de hojas secas; en casos de ceguera total, aplicaciones sobre los ojos de apósitos con hojas verdes de tabaco. ⁽²⁾

Después, se convirtió en un hábito que recreaba y daba una sensación extraña parecida a la embriaguez, produciéndose una monopolización en Inglaterra por la clase alta (que recibía incluso charlas donde se daban instrucciones para su uso), ocasionando un enfrentamiento con los clérigos, moralistas y todos aquellos que pensaban que era sólo una medicina y no debería usarse para el placer. ⁽¹⁾

El 28 de octubre de 1492 con la llegada de Cristóbal Colón a la costa noreste de la isla de Cuba, al norte de la actual provincia de Holguín, se produce el descubrimiento del tabaco al encontrar a hombres y mujeres aspirando el humo de unos cilindros de hojas seca. ⁽²⁾

Se cree que la planta de tabaco, la "Nicotiana Tabacum", es originaria de la zona del altiplano andino y que llegó al Caribe unos 2.000 ó 3.000 años antes de Cristo. Cuando Colón llegó a América, la planta ya se había extendido por todo el continente y casi todas las tribus y naciones de América habían tenido contacto con el tabaco y tenían con él una relación más o menos intensa. ⁽²⁾

Lo utilizaban en sus ceremonias mágicas y religiosas (los chamanes lo usaban para entrar en trance y ponerse en contacto con el mundo de los espíritus), en

medicina (hacían cataplasmas para curar afecciones de la piel) e incluso había tribus que lo consumían como alimento.

El uso del tabaco se puso de moda entre las clases acomodadas debido a que durante esos primeros tiempos se le atribuyeron infinidad de propiedades curativas, casi milagrosas. Pero no era consumido en forma de cigarro, sino en polvo, una de las formas sencillas en que lo consumían los indios.⁽³⁾

Es a partir del s. XIX cuando realmente despegó la primera industria tabaquera, la de Cuba. Surgen multitud de "chinchales" (pequeños talleres de torcido de cigarros) y durante la segunda mitad del siglo empiezan a consolidarse las grandes marcas clásicas, marcas que han llegado con todo su prestigio hasta nuestros días.⁽³⁾

A partir de 1889 comienza la fabricación de los cigarros de forma mecánica, introducida por el nuevo "sistema de prensado Farías de tripa corta".

La evolución de las marcas ha sido continua, y siguen surgiendo nuevas marcas y desapareciendo otras antiguas. En el año 1959 con el triunfo de la Revolución, se reorganiza la industria tabaquera y se suma al progreso de las marcas y la calidad de los cigarros.⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud considera que al iniciarse el siglo XXI el tabaquismo tiene dimensiones epidémicas: 1142 millones de personas consumen productos tabáquicos de manera usual, aproximadamente un 29% de la población global de 15 años y más, siendo la prevalencia en varones de un 47% y en mujeres de un 12%.⁽⁴⁾

La OMS estima que al año mueren 4.9 millones de personas como consecuencia del tabaco, y se prevé que si continúan las tendencias de consumo actuales, en el año 2030 se producirán 10 millones de muertes, que ocurrirá en los individuos que fuman actualmente. En los países desarrollados el tabaco causa el 35% de las muertes en los varones de edad media y más de una quinta parte en la vejez. En las mujeres aún no se ha alcanzado el máximo de la epidemia del tabaco, mientras que en los varones la mortalidad atribuible comienza a disminuir en los últimos años.⁽⁴⁾

El tabaquismo produce en la actualidad la muerte prematura de 53.000 fumadores en España, más de 500.000 en Europa y aproximadamente 3 millones de personas a nivel mundial.⁽⁴⁾ En estudios epidemiológicos del 2002 al 2011 se informa de las prevalencias encontradas de consumo diario de cigarrillo

en púberes y adolescentes y difiere entre los distintos países y grupos de edad, así como en función del sexo y del nivel socioeconómico con un consumo de tabaco mucho mayor en los hombres que en las mujeres. En los países del Mercosur; Argentina, Chile y Uruguay, se ha reportado que predomina el consumo del tabaco en las mujeres. Chile, es el país con mayor porcentaje de fumadores, seguido de Estados Unidos. En Estados Unidos el número de fumadores disminuyó del 2005 al 2012 y en este mismo año el predominio era significativamente más alto entre los varones que las hembras. ⁽⁴⁾

En México, 11.9 millones de personas son fumadoras con un predominio de hombres sobre las mujeres y de estos un porcentaje bien alto permite que se fume en casa y el resto se encuentran expuestos al humo de tabaco ajeno diariamente, razón por la cual el consumo de tabaco es una de las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad en México. ⁽⁴⁾

Este carácter epidémico se torna en el contexto cubano aún más grave, dada la arraigada de esta conducta en la población por la condición de país productor. Estudios realizados reflejan que "el cubano se considera un pueblo de fumadores" y que el tabaco se encuentra estrechamente vinculado a las tradiciones, el folklore e inclusive a las luchas sociopolíticas. Cuba presenta una prevalencia del tabaquismo también alta. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles, realizada en 1995 por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología y la Oficina Nacional de Estadísticas en (población de 17 años y más, de zonas urbanas), la prevalencia nacional es de un 36,8% (hombres: 48,2%; mujeres: 26,2%), debiéndose resaltar, además, que de los no fumadores, 63,2%, un 10,4% son exfumadores y el resto, 52,8%, nunca han fumado. La propia Encuesta Nacional arrojó relaciones negativas significativamente importantes entre tabaquismo y los factores: discapacidad, morbilidad, mortalidad y calidad de vida. ⁽⁵⁾

Uno de cada cinco cubanos de 15 años y más fuma actualmente en el país. Ello equivale al 21,6 por ciento de la población, lo cual representa 2 millones 014 mil 460 cubanos, según resultados de la Encuesta Nacional de Salud que concluyó en diciembre del año 2019. ⁽⁵⁾

Esta realidad se inserta en un contexto en el que Cuba ha experimentado cambios importantes en sus perfiles demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos, caracterizados por el descenso de las tasas de fecundidad, mortalidad infantil y mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales, mientras la esperanza de vida al nacer y el tamaño de la población continúan aumentando. ⁽⁶⁾

Derivado de ello, se han producido un envejecimiento en la población y su consecuente cambio en los perfiles epidemiológicos, así como la exposición a factores ambientales y, fundamentalmente, cambios en los llamados estilos o hábitos de vida de la población. ⁽⁶⁾

Debido a la situación anteriormente descrita, se han producido aumentos substanciales en la mortalidad proporcional atribuible a las enfermedades crónicas no transmisibles, en la prevalencia de factores de riesgo que las preceden y cambios en los estilos de vida de la población. Actualmente, las principales causas de muerte en Cuba tienen en su base el consumo de tabaco: las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, y sólo se logrará cambiar el actual cuadro de salud, si se modifica, substancialmente, el estilo de vida de la población, en lo referente a los malos hábitos alimentarios, la reducción del sedentarismo y la eliminación del tabaquismo. ⁽⁷⁾

La situación descrita, pone en evidencia el ser Cuba de los países donde la situación del tabaquismo es más grave. Las enfermedades relacionadas con este hábito presentan un elevado riesgo en la población y, por consiguiente, se requiere prioritaria atención al problema, para lograr disminuir la morbilidad y mortalidad. ⁽⁸⁾

En 1995, la primera encuesta nacional sobre factores de riesgo y enfermedades crónicas halló que el 36.8% de la población urbana en Cuba de edad ≥ 18 años fumaba (48.1% de los hombres y 26.3% de las mujeres). En 2001, la segunda encuesta nacional informó una disminución al 31.9% en la misma población con reducción en las tasas tanto para los hombres (41.4%), como para las mujeres (23.0%). El Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna informó prevalencias de tabaquismo en la población ≥ 17 años en la provincia de Cienfuegos de 43.6% en 1984, 45.5% en 1988 y 40.3% en 1989; todas estas tasas estuvieron por encima de los promedios nacionales. ⁽⁹⁾

El primer informe del Proyecto Global Cienfuegos, realizado en 1991-1992, reportó una prevalencia de 33% (IC 95% 30.7-35.3) en la población con edad ≥ 15 años en la ciudad capital de la provincia. Desde entonces, el municipio (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.⁽⁹⁾

Los estimados nacionales de la prevalencia actual de tabaquismo no son tan precisos. Recientemente, en estudios locales se reportó tabaquismo en más de un 30% de la población ≥ 17 años, mientras que los datos preliminares de la tercera encuesta sobre factores de riesgo de las ENT muestran cifras cercanas al 24%, que son similares a los reportados en otros informes locales. La prevalencia nacional por grupo de edad, sexo, color de piel, estado civil y nivel educacional también se desconoce actualmente.⁽⁹⁾

Justificación:

El tabaquismo continúa siendo un serio problema de salud a nivel mundial que ocasiona una alta letalidad y compromete la calidad de vida de quienes lo padecen. En correspondencia con las cifras a nivel nacional existió un aumento en la incidencia del número de pacientes fumadores, en el Consultorio Médico de la Familia Número 2 del Área de Yaguaramas y a partir de la Dispensarización realizada en el ASS del año 2020 dicha población aumentó en 30 pacientes más con relación al año anterior.

A pesar de que se cuenta con un Programa Nacional de Prevención del Tabaquismo sumado a una amplia difusión de información a través de los medios de comunicación masivos, no se ha logrado disminuir el consumo de cigarrillos

dentro de la población. Basándonos en esto se planteó implementar una estrategia educativa que permitió aumentar los conocimientos sobre los daños que ocasiona a la salud el tabaquismo y por consiguiente el aumento de la responsabilidad individual en función del abandono de este nocivo hábito asistiendo a la consulta de Cesación Tabáquica.

Problema científico:

¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre el hábito de fumar en función de motivar el abandono de esta conducta nociva en la población fumadora del consultorio 2 de Yaguaramas?

O b j e t i v o s

O b j e t i v o G e n e r a l

Aplicar una intervención educativa en los pacientes fumadores en el CMF 2 del área de salud Yaguaramas durante el período 2019-2021.

E s p e c í f i c o s

1. Caracterizar la población objeto de estudio según variables sociodemográficas y antecedentes patológicos personales.
2. Identificar grado de dependencia, nivel de conocimientos y deseo explícito de abandonar el hábito de fumar asistiendo a la consulta de cesación tabáquica.
3. Evaluar la estrategia de intervención educativa propuesta a pacientes fumadores en el CMF 2 de Yaguaramas.

Marco teórico:

Una de las misiones del Ministerio de Salud Pública de Cuba para la Atención Primaria de Salud es la Promoción y prevención a través de la educación para la Salud. Teniendo en cuenta las teorías y las tesis metódicas elaboradas que abordan la comunicación social en salud existen una serie de modelos que se aplican para influir en los estilos de vida de las personas, dígase hábitos. El estilo de vida se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y las condiciones de vida en que las personas integran el mundo que les rodea y que incluye hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, modo de relaciones sociales, sexualidad, vida relacional y de familia y mecanismos de afrontamiento social. Es una forma de vivir. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. ^(4, 7,10)

Al identificar el estilo de vida, se deben contemplar tanto los comportamientos de riesgo de las personas (el hábito de fumar, la conducta sexual desprotegida), así como las conductas protectoras de salud que se refiere a aquellas acciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades o sus secuelas. Cuestiones como los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, además de la historia biológica, han sido identificadas como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de las personas. Por lo tanto, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes con los objetivos del proceso de desarrollo. ^(4, 11)

Trabajar en función de que nuestra población alcance estilos de vida saludables en relación a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que le permitan mantener su cuerpo y mente de una manera adecuada resulta en las acciones primordiales de la Atención primaria de Salud. La modificación del estilo de vida condicionado por todos los factores antes mencionados es una tarea difícil y deviene en un trabajo constante y profundo con el individuo, la familia y la comunidad. ^(4, 11)

El objetivo de este trabajo es abordar la información y el conocimiento de los pacientes para motivarlos a adoptar estilos de vida más saludables.

TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO A ENFERMAR

Teniendo en cuenta las características poblacionales, el contexto medioambiental e histórico social el tabaquismo hoy resulta un problema de salud que atenta ostensiblemente en la beneficencia del estilo de vida de fumadores y no fumadores. El papel nocivo del tabaco ha sido ampliamente demostrado desde hace mucho tiempo. El tabaquismo constituye uno de los problemas más graves de salud pública a escala mundial, y se ha definido como la gran epidemia silenciosa del siglo xx. Surgió claramente asociado al desarrollo y la industrialización, y es la causa de tres millones de muertes al año, con una tendencia creciente. Se estima que si los hábitos de consumo no varían, en el año 2020 la mortalidad atribuible al tabaco superará los ocho millones de muertes anuales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad existen 1 100 millones de fumadores en el mundo, lo que supone un tercio de la población mundial mayor de 15 años. ^(4, 11) El tabaco es la principal causa evitable de muerte prematura en los países desarrollados. La mayor parte de las muertes atribuibles al tabaco son, en potencia, evitables mediante intervenciones más o menos intensivas para dejar de fumar. A continuación se detallan los principales efectos nocivos del tabaco sobre la salud. A escala individual, el consumo regular de tabaco es una drogodependencia, determinada por factores conductuales y farmacológicos similares a los que determinan la adicción a drogas, como la heroína y la cocaína; de ahí que sea tan difícil abandonarla. ^(4, 11)

El daño provocado por el consumo de los productos del tabaco, principalmente la inhalación del humo de los cigarrillos, es múltiple: enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica y enfisema, diversos tipos de cáncer, etc.4 La nicotina y el monóxido de carbono son dos de las sustancias tóxicas que provocan daño cardiovascular. Sin embargo, el mayor efecto perjudicial del tabaco se ejerce mediante acciones procoagulantes. ^(4, 11)

El tabaco contribuye a 40 % de las muertes cardiovasculares y a 18 % de las cerebrovasculares. Según revelan los datos del *Estudio Framingham*, los fumadores tienen mayor mortalidad cardiovascular que los no fumadores y mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, tales como el infarto del miocardio y la muerte súbita, además de la incidencia de hipertensión arterial. El consumo de cigarrillos es la principal causa de vasculopatía. Las elevadas dosis

de carboxihemoglobina en sangre están íntimamente relacionadas con el grado de enfermedad. Dejar de fumar reduce significativamente el riesgo de padecer este proceso y mejora considerablemente su pronóstico. ^(10,12)

La relación entre consumo de tabaco y cáncer está avalada por evidencias epidemiológicas, histológicas y génicas. Entre 75 y 80 % de los cánceres humanos están relacionados con la exposición a carcinógenos químicos. En el humo del tabaco se han descrito más de 4.000 sustancias químicas diferentes, muchas de ellas potentes carcinógenos, como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas o aminas aromáticas, y otras promotoras de la carcinogénesis, como los derivados del fenol. ^(10,12)

El tabaco está asociado con cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cuello uterino, riñón, uréter, vejiga, sistema sanguíneo y, especialmente, de pulmón. El de pulmón es el tipo de cáncer que más se relaciona con el tabaco. Importantes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la relación entre consumo de tabaco y cáncer de pulmón, descrita por todos los tipos histológicos. En varones fumadores, el epidermoide es predominante, mientras que en mujeres fumadoras el más frecuente es el de células pequeñas. Estudios muy recientes expuestos en la 89ª Asamblea Anual de la Sociedad Radiológica de Norteamérica, que se celebró en Chicago (Estados Unidos) en diciembre de 2003, señalan que las mujeres fumadoras tienen el doble riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón que los hombres que tienen el mismo hábito, según se desprende de un estudio de más de diez años de duración realizado con una técnica de escáner. ⁽¹²⁾

El hábito de fumar ha sido señalado como un cofactor importante en el desarrollo del cáncer cervicouterino. El tabaquismo es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva. Desde los trabajos de *Fletcher*, en 1976, quedó bien demostrada esta relación.³ La prevalencia de esta enfermedad está entre 2,5 y 3,5 % de la población adulta, y llega a 19 % en mayores de 65 años. De los fumadores de más de 20 cigarrillos/día y mayores de 40 años, 40-60 % padece bronquitis crónica y 15 % llega a padecer enfermedad pulmonar obstructiva. El enfisema también está muy relacionado con este hábito. ⁽¹²⁾

La eliminación del tabaquismo es la medida terapéutica más importante en todos los estadios de la enfermedad. Al dejar de fumar, disminuye rápidamente la tos

y el esputo y, sobre todo, el deterioro funcional tiende a decelerarse, y se hace paralelo al de los no fumadores, con lo que aumenta la expectativa de vida.⁽¹³⁾

En términos de tendencias poblacionales, la asociación entre la depresión y el tabaquismo ha sido estudiada y llegó a ser prominente, mientras que el consumo del tabaco declinó como resultado del conocimiento de los riesgos implicados. Los hallazgos obtenidos de individuos seguidos durante un cierto plazo sugieren que los sujetos depresivos estuvieron más implicados con la nicotina que los que nunca tuvieron una depresión. Los autores que realizaron esta investigación concluyeron que las relaciones entre el fumar y la depresión son probablemente múltiples y complejas, y también que el cese del tabaquismo guarda una estrecha relación con la mejoría de enfermedades mentales severas.⁽¹³⁾

El fumar se ha asociado con el predominio, el desarrollo, y la progresión de las enfermedades renales. Los varones fumadores tienen un riesgo triplicado de desarrollar deterioro de la función renal respecto a los no fumadores, según concluye un estudio australiano realizado por investigadores de la *Monash University*. La asociación es más potente en casos de personas fumadoras con niveles elevados de presión arterial y de metabolismo de la glucosa. En el caso de las mujeres, no se asoció el tabaquismo con el deterioro de la función renal.⁽¹⁴⁾

Es importante aclarar la clasificación de los pacientes fumadores para así poder identificarlos dentro de la comunidad:

Clasificación

I. Fumador regular: Persona que refiere fumar cigarrillos, tabacos o pipa, actualmente al menos una vez al día, o que ha dejado de hacerlo, pero hace menos de un año. Según el número de cigarrillos consumidos, el fumador se clasifica en:

1. Ligero: hasta 10 cigarrillos al día.
2. Moderado: de 11 a 20 cigarrillos al día.
3. Gran fumador: más de 20 cigarrillos al día.

II. Ex-fumador: persona que alguna vez fue fumador regular pero que ha dejado de fumar desde hace un año como mínimo.

III. Fumador ocasional: persona que refiere fumar uno o más cigarrillos, pero no de forma diaria.

IV. Fumador pasivo: persona, que no siendo fumadora, inhala involuntariamente el humo de productos manufacturados del tabaco que consumen otros fumadores a su alrededor, con mayor peligro en locales cerrados (incluye hijos, cónyuges, compañeros cercanos de trabajo, entre otros).

V. No fumador: persona que nunca ha fumado.⁽¹⁵⁾

Tipos de riesgos

1. Riesgo de comenzar a fumar: Aquellas personas que están incluidas en «grupos vulnerables» (menores de 20 años o fumadores pasivos), en los que el medio social y familiar en que viven es favorable para iniciar el tabaquismo por tener vínculos estrechos con fumadores.
2. Riesgo de recaída: Es el que tiene todo fumador cuando deja de hacerlo. Este es directamente proporcional al tiempo de adicción. También a menor tiempo de haber dejado de fumar, mayor es el riesgo de volver a hacerlo. Hay un grupo de especial interés médico, que es el de los fumadores que presentan alguna afección grave relacionada con el tabaquismo. El ejemplo más típico es el de los que sufren un infarto miocárdico agudo. Por lo general, debido al «gran susto» que reciben, los pacientes dejan de fumar por un tiempo que se prolonga hasta alrededor de los seis meses, pero a partir de entonces, se encuentran en alto riesgo de recaída, sobre todo cuando la evolución clínica de la complicación ha sido buena.⁽¹⁵⁾

Es importante saber, además, que la percepción de riesgo puede estar influenciada por elementos como la cultura, el género y experiencia anterior de la persona, ya que al igual que sucede con la salud física, las percepciones son el resultado de toda una vida de experiencias y desarrollo. El concepto de riesgo es eminentemente social y el individuo asume los riesgos de la población donde vive. Diversos autores estiman que la percepción de riesgo y su aceptación, se rigen por ciertos principios como son:

- aun cuando existe un hecho concreto, muchas personas rechazan la presencia de una amenaza,
- en caso de ocurrencia de un desastre, las personas no creen que puedan ser dañados ellos o su familia en el mismo,
- creen en "algo" que les dará protección o los salvará,
- se tiende a pensar por muchas personas, que los beneficios serán mayores que los riesgos.⁽¹⁵⁾

En el caso del tabaquismo, además de los riesgos conocidos, figuran otros derivados de las creencias equivocadas de los fumadores, pues se ha encontrado que unos consideran el tabaquismo como riesgo menor o despreciable, en algunos casos inclusive referente a que el cáncer de pulmón es igual o ligeramente mayor en los fumadores comparados con los no fumadores, tampoco consideran que el tabaquismo sea más mortal que los accidentes automovilísticos y creen que los cigarrillos con bajo contenido de alquitrán reducen los riesgos de cualquier enfermedad asociada al tabaco, y pasan por alto que fumar más cigarrillos hace que llegue al organismo más nicotina y alquitrán. Todo ello contribuye a la baja percepción del riesgo de fumar y a la minimización del efecto nocivo sobre la salud.⁽¹⁶⁾

El riesgo del tabaquismo, percibido por la población en general y por los fumadores en particular, en muchas ocasiones, dista del daño objetivo que esta adicción produce, lo cual es un obstáculo en su prevención y control. Sin embargo, cuando se interrogan activamente, más del 80% de los fumadores refieren su deseo de dejar el hábito, muchos lo han intentado y están en disposición de que los ayuden. De aquí la importancia de las intervenciones individuales de los profesionales de la salud, tanto en los servicios médicos como en la comunidad.

Se ha comprobado que el consejo del profesional sanitario, incluso breve, pero convincente, puede ser altamente eficaz y eficiente. Más del 90% de los fumadores que han dejado el hábito lo alcanzaron sin una asistencia formal, generalmente de forma súbita. En todo contacto médico se debe interrogar al paciente sobre la presencia o no de tabaquismo, para luego proceder a tomar la conducta adecuada en cada caso. Hay que priorizar a los que se han identificado como grupos de riesgo para iniciar o recaer en el tabaquismo.⁽¹⁶⁾

En el tratamiento de abuso de sustancias, la motivación del paciente para cambiar ha sido con frecuencia el enfoque de interés clínico y de frustración. La motivación ha sido descrita como un prerrequisito para el tratamiento, sin la cual el médico puede hacer poco. Del mismo modo, la falta de motivación se ha usado para explicar el fracaso de los individuos para empezar, continuar, cumplir con, y tener éxito en el tratamiento. Hasta hace poco, la motivación se consideraba como un rasgo o disposición estática que un paciente o bien tenía o carecía. Si un paciente no estaba motivado para el cambio, esto se veía como una falla del paciente. De hecho, la motivación para el tratamiento denotaba un acuerdo o deseabilidad de estar de acuerdo con el médico o con las características particulares de recuperación del programa. Un paciente que parecía ser condescendiente con la consejería clínica o aceptaba la etiqueta de "alcohólico" o drogadicto, se consideraba motivado, mientras que al que resistía un diagnóstico o se negaba a comprometerse con el tratamiento propuesto, se catalogaba de desmotivado. Es más, la motivación con frecuencia se veía como responsabilidad del cliente, no del médico.⁽¹⁶⁾

Actualmente no se mantiene dicho criterio ya que es un objetivo de la Atención Primaria de Salud pertrechar al paciente de conocimientos, argumentos y estrategias que contribuyan a la motivación en función de lograr estilos de vida saludables. La deshabituación tabáquica no es un acto puntual sino un proceso en que el fumador va cambiando su actitud y su comportamiento respecto a su hábito hasta abandonarlo. El cambio es un proceso individual y personal, y nadie puede cambiar a otra persona si ésta no quiere cambiar. Es por eso que se tiene la compleja misión de empoderar a las personas para que sean conscientes de su propia capacidad para conseguir sus objetivos y lograr cambios positivos y duraderos en sus vidas. Desde hace varias décadas, un modelo teórico del cambio se ha aplicado en muchos ámbitos (adicciones, cambios de estilo de vida poco saludables) para ayudar a entender por qué los individuos muchas veces fracasan pese a querer poner en marcha un cambio en su vida.⁽¹⁶⁾

En relación con el cambio específico una teoría psicoterapéutica se ha mostrado muy eficaz en este aspecto, pues propone no solamente una descripción de las

fases o etapas del cambio, sino que aporta también un marco propicio para la correcta intervención. Esta teoría fue propuesta por James Prochaska y Carlo Di Clemente en 1984 y recibe el nombre de Modelo Transteórico del Cambio. Este modelo surge luego de examinar 18 teorías psicológicas y de comportamiento acerca de cómo ocurre el cambio, incluyendo los elementos que forman un marco de trabajo biopsicosocial para entender la adicción. Este modelo refleja también cómo ocurre el cambio fuera de los ambientes terapéuticos. Los autores aplicaron este patrón a individuos que modificaron comportamientos relacionados con fumar, beber, comer, ejercitarse, criar a sus hijos y comunicaciones maritales por su cuenta, sin intervención profesional. Cuando el cambio hecho por uno mismo se comparó con las intervenciones terapéuticas, se notaron muchas semejanzas que llevaron a los investigadores a describir el cambio por pasos o etapas.⁽¹⁶⁾

Observaron que las personas que llevaba a cabo cambios motivacionales por su cuenta, o bajo guía profesional, primero "pasaban de estar inconscientes o reacios por hacer algo sobre el problema a considerar la posibilidad del cambio, luego estaban determinados y preparados para hacer el cambio, y finalmente actuaban y mantenían, o conservaban, ese cambio con el paso del tiempo"⁽¹⁶⁾

Las etapas de cambio se pueden visualizar como una rueda compuesta de cuatro a seis partes, dependiendo de cómo se divida el progreso específicamente. Este consta de cinco partes, con una salida final para la recuperación duradera. Es importante señalar que el proceso de cambio es cíclico, y los individuos generalmente se mueven de un lado a otro en las etapas y pasan a través de las etapas a distintas velocidades. En un individuo, este movimiento a través de las etapas puede variar en relación a los distintos comportamientos u objetivos. Los individuos se pueden mover tan rápidamente que es difícil señalar con precisión dónde están, puesto que el cambio es un proceso dinámico. Sin embargo, no es común para los individuos que se demoren en las primeras etapas. Para la mayoría de los pacientes usuarios de sustancias, el progreso a través de las etapas de cambio, es circular o espiral por naturaleza, no lineal. En este modelo, la recurrencia es un suceso normal

puesto que muchos pacientes cumplen el ciclo pasando por varias etapas varias veces, antes de lograr un cambio estable.⁽¹⁶⁾

Dicho modelo explica las fases que una persona necesita superar en el proceso de cambio de una conducta problemática (o conducta que se pretende cambiar) a una que no lo es, considerando la motivación como un factor importante en este cambio, y asignándole al sujeto un rol activo, pues éste es concebido como el principal actor en su cambio de comportamiento. El modelo, además, tiene en cuenta otras variables a parte de la motivación, que a opinión de los autores influyen en el cambio de conducta. Dichos elementos son: las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional (pros y contras) y la autoconfianza (o autoeficacia). Puesto que cualquier cambio personal exige 22 compromiso, tiempo, energía y estrategias claras y realistas, es importante reconocer que este proceso puede implicar dificultades. Esta teoría advierte que es probable sufrir recaídas y volver a las etapas anteriores. Por tanto, aporta esperanza para los individuos, ya que aceptar como normales los fracasos afecta positivamente a la percepción de autoconfianza (autoeficacia). Este modelo nos brinda la oportunidad de comprender que el desarrollo humano no es lineal sino más bien circular y que los seres humanos podemos pasar por diversas fases, e incluso estancarnos y retroceder en el camino del cambio. Las distintas etapas son: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento.

- En el estadio 'precontemplativo', el fumador mantiene una actitud consonante con su conducta, es decir, no quiere cambiar su hábito por qué no le plantea ninguna duda al respecto. Este fumador no está preparado para abandonar el hábito. El objetivo de la actuación será que llegue a conocer y entender los riesgos asociados al tabaco.
- En el estadio 'contemplativo', el fumador empieza a pensar que tendría que abandonar su hábito, pero no llega a encontrar el momento idóneo para hacerlo y continúa fumando. Se dice que el fumador mantiene una actitud disonante con su comportamiento y aún no está preparado para abandonar el hábito pero que ya se puede preparar. En este caso se necesitará reforzar la motivación.
- En el estadio de 'preparación' o ensayo, el fumador disonante se prepara para pasar a la acción diseñando una estrategia a seguir y valorando el

método a utilizar. En este momento hace falta mostrarle todas las posibilidades de que dispone y ayudarlo a encontrar el momento idóneo para el abandono.

- En el estadio de 'acción', el fumador ya está preparado para abandonar su hábito y lo intenta. En este momento se necesitará facilitarle todas las herramientas necesarias para hacerlo.
- En el estadio de 'mantenimiento' o consolidación el fumador, ya exfumador, se mantiene abstinente en el tiempo. La actuación aquí se orientará a reforzar y hacer un seguimiento de su abstinencia para conseguir finalmente el éxito. Generalmente se producen recaídas, es decir, el exfumador se convierte nuevamente en fumador. En estos casos pasa de nuevo al estadio de contemplación y reinicia el ciclo sin que se considere que haya fracasado. Este ciclo se va repitiendo hasta que se consiga el abandono definitivo. ⁽¹⁶⁾

Es sobre los fumadores identificados en un estadio contemplativo de la enfermedad que se logra realmente efectuar un cambio y es en este grupo en el cual nos basamos para el estudio.

PROGRAMA EDUCATIVO

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud efectuada en Ottawa, Canadá, en 1986, fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma-Atá sobre la atención primaria, el documento «*Los Objetivos de la Salud para Todos*» de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud que se había sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

En esta conferencia se valora que la salud no debe abordarse como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. En ella se expresa que para que exista salud deben estar presentes condiciones o requisitos indispensables como la paz, equidad, justicia social, vivienda, educación, alimentación, ecosistema estable e ingreso

económico. Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una condición importante de la calidad de vida.

En Cuba la promoción y educación para la salud permiten que las personas desempeñen un papel activo y transformador, comprometidas no solo con el presente, sino también con el futuro. En su formación integral intervienen la escuela, la comunidad donde viven, la familia y las organizaciones sociales, que parten de las necesidades de fortalecer los valores humanos y satisfacer sus demandas. Esto es imprescindible para lograr el ejercicio pleno y efectivo de la salud como deber y derecho de todos. ⁽¹⁷⁾

La educación para la salud, constituye una herramienta indispensable en el desarrollo de la promoción de salud, su desenvolvimiento se encuentra en los distintos escenarios de la vida cotidiana, buscando en las personas el pleno desarrollo y bienestar biológico, social y psicológico. ^(18,19)

Educación para la salud facilita el aprendizaje a través de experiencias, tanto formales como informales, que contribuyen al logro de conocimientos, actitudes y prácticas sustentadas sobre valores. Esto ayuda al individuo a elegir y tomar decisiones adecuadas para su salud y su bienestar. ^(18,19)

Decimos entonces que la Educación para la Salud es mucho más que informar o dar consejos a una comunidad de manera fría, vertical, a veces sin coherencia entre el discurso y la práctica. La Educación para la Salud que proponemos lleva implícito un compromiso ético, social, político y ecológico donde se combina el saber ser, saber conocer, saber hacer, y saber convivir. ^(18,19)

Se logra educar en salud a medida que se gana en sistematicidad y continuidad, con intervenciones desde edades tempranas, en las que se propicien cambios en el ambiente unidos a alternativas de vida sana, y se utilicen estrategias que incidan en todos los miembros de la comunidad. ^(18,19)

Las premisas educativas básicas son las siguientes:

- El enfoque educativo debe ser funcional, es decir, debe estar relacionado con las situaciones concretas que los miembros de la comunidad enfrentan diariamente, y servir de ayuda para que entiendan mejor los problemas de salud que tienen, discutir sus orígenes, y analizar la mejor manera de solucionarlos.

- La comunidad debe estar motivada para participar de forma activa en las acciones a desarrollar de acuerdo con los problemas de salud identificados, y emplear para ello técnicas de fácil comprensión y asimilación.
- Se debe aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada comunidad. Los trabajadores de la salud deberán adoptar, siempre que sea posible, técnicas a las que la comunidad esté acostumbrada, tales como dinámicas grupales, dramatizaciones, video-debates y otras. ^(18,19)

Detección de necesidades de aprendizaje para el diseño de programas de Educación para la salud.

La determinación de necesidades de aprendizaje es sin lugar a dudas el primer paso de cualquier actividad educativa, aunque su mayor aplicación se manifiesta en la enseñanza formal o curricular no deja de ser un instrumento pertinente en la no curricular. ^(20, 21,22)

En los últimos años se ha puesto de manifiesto en múltiples investigaciones que tienen como fin diseñar programas de educación para la salud, han sido de gran utilidad en cuanto a la identificación, de encontrar aquellos conocimientos que son necesarios para distintos problemas de salud que por la vía de la educación queremos resolver y que objetivamente no lo posee la audiencia meta, llámese individuo, grupo o comunidad. ^(20, 21,22)

Usar una metodología para determinar las necesidades de aprendizaje posibilita con un enfoque sistémico para organizar de forma participativa una planificación educativa eficaz. ^(20, 21,22)

Lo más importante es hacer una buena investigación que sea capaz de "Fotografiar" la realidad que tenemos y que sepamos compararla con un ideal o debe ser, que nos permita saber el porqué del problema para satisfacer con las mejores propuestas el problema detectado. ^(20, 21,22)

Diseño de Programas

¿Cómo configurar un programa de salud?; ¿Qué estrategias debe utilizar el programa?; ¿Qué es lo que programa debe tratar de conseguir?

El diseño de programas de salud debe responder a estas y otras preguntas. El propósito esencial es diseñar un programa apropiado para el problema de salud

y el grupo diana identificado, con los recursos disponibles y que puede suscitar los cambios deseados. ^(23,24)

El programa finalmente diseñado debe ser suficientemente preciso para que otra persona pueda interpretarlo y ejecutarlo, esto es muy importante ya que solo un programa preciso y detallado puede evitar que los distintos miembros del equipo de salud que participen en el mismo puedan interpretar y ejecutar el plan de forma diversa. Hay que asegurar por todo los medios que solo un cambio en las necesidades de salud podrá desviar el programa de su planificación o diseño inicial. ^(23,24)

En el diseño de programas de salud un aspecto esencial es el planteamiento y expresión de los objetivos del mismo. En otras palabras, los objetivos descubren los cambios que se quieren conseguir en el grupo diana. ^(23,24)

Evaluación del Programa.

La evaluación de programas es la colección, análisis y revisión sistemática de información sobre un programa para facilitar la toma de decisiones. La evaluación representa un proceso continuo desde el estadio de concepción como de su ejecución y planificación. ^(23,24)

- Evaluación formativa o de la planificación se centra en las necesidades de aprendizaje identificadas y la planificación de una intervención que pueda satisfacerlas. Se evalúa en contexto, recursos humanos.
- Evaluación de puesta en marcha o evaluación de proceso se evalúan fundamentalmente las actividades, su desarrollo, efectividad y cumplimiento de objetivos, evaluamos posibles resultados esperados.
- Evaluación de resultados evalúa los resultados del programa o la intervención. ^(23,24)

Fundamentación Teórica de la Intervención Educativa.

La comunicación es "un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores", y es además "complementario al de participación". ^(23,24)

En el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación activa y consciente de la comunidad lograremos fomentar el autocuidado de la salud. ^(23,24)

La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades. ^(23,24)

Metodología de la Comunicación para la Salud.

Para que una organización pueda “diseñar y poner en práctica programas efectivos de comunicación para la salud, que den lugar a un cambio de conductas positivo, es necesario disponer de una metodología que sirva de orientación en la creación y ejecución de dichos programas. Ello facilita el trabajo en equipo cuando todos los miembros utilizan el mismo marco de referencia y la misma metodología para aplicarla a nuevas personas y nuevas situaciones”. ⁽²⁴⁾

En tal sentido, para la práctica de la comunicación en salud se propone un ordenamiento lógico de una secuencia de pasos “Diagnóstico, Estrategia, Intervención, Monitoreo y Evaluación”, dirigidos al desarrollo de campañas y acciones de comunicación en salud de uno o más temas de salud identificados. ⁽²⁴⁾.

Para implementar eficientemente las acciones de comunicación en salud, tenemos pleno conocimiento de que los “programas de comunicación en salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar”, y para ello requieren una metodología adecuada. “La metodología que se utilice para la comunicación en salud debe ser sistemática, estableciendo claramente los pasos a seguir para crear un enfoque comunicativo que funcione; multidisciplinaria, basándose en los medios de comunicación y los campos de mercadeo social, educación informal, análisis de conductas y antropología médica, entre otras áreas; destinada a lograr cambios de comportamiento, logrando no sólo una toma de conciencia o compartir información y flexible, permitiendo su aplicación a una variedad de problemas de salud”. ⁽²⁴⁾

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente la autora considera fundamental considerar los fundamentos de la Teoría y Metodología de Intervención Educativa para dar cumplimiento a los objetivos de esta investigación. ⁽²⁴⁾

Con esa premisa un plan de comunicación en salud deberá contener los siguientes puntos:

1.- Diagnóstico ¿Dónde estamos?

Esta primera etapa es un proceso de investigación que permite recoger, seleccionar, sistematizar y analizar información sobre el público al cual se quiere llegar y el contexto o ambientes que intervienen. ⁽²⁵⁾

El diagnóstico nos permitirá identificar claramente el problema de salud, realizar el análisis situacional a partir del conocimiento del contexto en el cual ejecutaremos nuestra intervención comunicacional y caracterizar el público al que dirigiremos la intervención de comunicación. Los diagnósticos no son fotos de la realidad, no recogen todo de ella, sólo aquello que nos interesa. Tenemos que conocer los factores económicos, socio cultural, políticos y evaluar nuestra capacidad de intervención institucional. Asimismo nos permite analizar los conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias, espacios y modos de comunicación de nuestro público objetivo. ⁽²⁵⁾

2.- Estrategia: ¿Hacia dónde vamos y cómo lo lograremos?

En función a los resultados del diagnóstico nos permite: Segmentar la audiencia objetivo, priorizar los comportamientos, formular los objetivos de comunicación, elaborar los mensajes, seleccionar los medios y determinar el plan de trabajo: organigrama, cronograma y presupuesto. ⁽²⁵⁾

Es la puesta en marcha de la estrategia. En esta etapa se hacen los ajustes necesarios en cuanto a los mensajes y materiales que se piensa elaborar mediante la producción y validación de los mismos. En esta etapa se revisan los criterios básicos que debemos tomar en cuenta para la producción de los diferentes materiales, en función a los componentes de eficacia que intervienen en la misma: atracción, comprensión, identificación, aceptación e inducción a la acción. ⁽²⁵⁾

Es importante señalar que la validación de los materiales comunicacionales se realice en los dos tipos que existen: técnica y con población. La primera se refiere a la validación técnica de los contenidos que se difundirán a través de los mensajes y actividades durante la intervención. En la segunda se prueba si el contenido y la forma de nuestros mensajes, funcionan en la población, tomando en cuenta los componentes de eficacia. ⁽²⁵⁾

4.- Monitoreo y evaluación: ¿Qué y cómo evaluamos?

El monitoreo y la evaluación son un canal de retroalimentación con el público objetivo. ⁽²⁵⁾

El monitoreo suministra la información necesaria sobre la marcha del proceso y de las actividades. La evaluación permite medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para de acuerdo a ello, tomar decisiones a fin de realizar las correcciones necesarias. ⁽²⁵⁾

Toda estrategia que no esté sometida a un proceso permanente de seguimiento (monitoreo) y de medición u observación (evaluación) de los cambios inducidos, pone en riesgo el logro de los objetivos planteados. ⁽²⁵⁾

Los tipos de evaluación son los siguientes: Evaluación participativa de necesidades (en el diagnóstico), evaluación participativa de proceso (monitoreo) y evaluación participativa de resultados (logro de objetivos). ⁽²⁵⁾

Modelo para la Intervención Educativa

Una gran parte de los profesionales de la salud dedican tiempo y esfuerzo a trabajar no solo a nivel individual con la población que atiende, bien sea sana o enferma sino también con grupos claves ya sean gestantes, niños o adolescentes. Refiriéndonos debido a su importancia en la investigación que nos ocupa al personal sanitario, para conocer e influir en sus conocimientos, creencias, motivaciones, autoestima y aptitudes. Para la investigación que nos ocupa el modelo seleccionado está en correspondencia con los siguientes elementos ⁽²⁶⁾

- Participación y pertinencia, las personas comprometidas deben participar activamente desde su localidad.
- Selección de temas. Identificar las necesidades sentidas y los problemas en los que se puedan actuar efectivamente.
- Conciencia crítica, desarrollar la reflexión y comprensión de las causas que originan los problemas. ⁽²⁶⁾

Los cuales hacen referencia a la Teoría de la organización Comunitaria (William McGuire)

Intervención educativa: Es toda ejecución de acciones que lleva a lograr el desarrollo integral del educando. Es de carácter teleológico: consta de un sujeto agente (educando – educador), la lengua es propositiva (acción de lograr algo), se interviene con el fin de obtener hecho a futuro (meta). Es ejecutada mediante un proceso de autoeducación y hetero-educación, siendo formales, no formales o informales". ⁽²⁶⁾

Características de una intervención educativa:

- Es un mecanismo de trabajo con grupos de personas.
- Es limitado en el tiempo
- Los objetivos son específicos. ⁽²⁶⁾

Etapas de una intervención educativa:

1. **Motivación:** Se da durante toda la sesión de aprendizaje. Se debe promover un ambiente apropiado, donde exista "ganas" de aprender. Los encargados de las dinámicas comunican sobre el plan que se realizará y las diversas tareas o metas de aprendizaje a los asistentes, exigiendo aportaciones y de ser necesario que se envíen los materiales para su elaboración. ⁽²⁶⁾
2. **Transmisión básica:** Intercede el docente en la aplicación del nuevo conocimiento. Se enseña a los participantes el diseño de las problemáticas que enfrentan y los productos que se trabajarán. Se establece grupos de trabajo y se asignan recursos necesarios. ⁽²⁶⁾
3. **Aplicación:** El docente indaga los conocimientos que el estudiante trae consigo. ⁽²⁶⁾
4. **Evaluación:** Es el tiempo en el que se utilizarán estrategias formales y específicas (instrumentos de evaluación) para determinar el logro del aprendizaje esperado. ⁽²⁶⁾
5. **Extensión:** Es la aplicación de lo aprendido en situaciones nuevas de su vida cotidiana. Los asistentes trabajan en la formulación de soluciones, se realiza la consulta a expertos sobre la información disponible. ⁽²⁶⁾

Sesiones de una intervención educativa:

- **Sesión de inicio:** Se hace la presentación de los objetivos y se establece acuerdo para su desarrollo.
- **Conociéndome:** Comprende elementos para el autoconocimiento de los participantes, desarrollando temas de autoestima, motivación y actitudes productivas.
- **Abriendo canales para la prevención:** Se desarrolla temas de relaciones humanas y la comunicación para conformar un trabajo en equipo.
- **Sesión de cierre:** El objetivo es integrar todos los temas desarrollados en las sesiones, a través de una reflexión grupal donde los participantes identifiquen el objetivo de la experiencia y como va repercutir en su vida personal y laboral. ⁽²⁶⁾

La charla.

Es una de las técnicas educativas más comúnmente utilizadas en las tareas de la educación para la salud. Se considera una variante abreviada de la clase y bien empleada puede tener resultados positivos. ⁽²⁷⁾

Cuenta con tres momentos para su ejecución:

1. La preparación.
2. Ejecución.
3. Desarrollo. ⁽²⁷⁾

En la **preparación** se debe tener en cuenta:

- Selección del tema acorde a nuestro plan de trabajo y a otros intereses del grupo al cual se le va a ofrecer.
- El expositor debe argumentarse debidamente y utilizar datos de actualidad.
- Debe limitarse a los puntos a tratar.
- Preparar una guía. La charla nunca debe ser leída, ni aprendida de memoria.

- Se deben seleccionar los medios de enseñanza que se utilizarán, los cuales deben ser acotados en la guía para su correcta y oportuna realización. ⁽²⁷⁾

Ejecución:

La ejecución consta de dos aspectos: La introducción y motivación del oyente.

Introducción: Al realizar esta actividad hay que tener presente que se debe incluir el enunciado o título del tema que se va a desarrollar, el cual debe ser breve, claro y atractivo. ⁽²⁷⁾

Motivación del oyente: El primer objetivo que va a satisfacer una buena charla es despertar el interés del público desde el principio hasta el final, por lo que es pertinente tener presente: El orador debe identificarse totalmente con su auditorio, despertando las necesidades personales del oyente y exponiendo bien claro el interés que ofrece el mensaje para cada uno de los presentes. El mensaje debe ser lo suficientemente claro como para dejar al auditorio dispuesto a actuar, es decir, informará al público acerca de los medios para revelar la necesidad que se ha creado. ⁽²⁷⁾

Desarrollo:

Para este momento se hace necesario mantener el entusiasmo, tomando en cuenta los principios didácticos siguientes:

1. Comenzar siempre con datos de conocimientos por parte del auditorio, es decir, partir de hechos o datos conocidos por el auditorio y pasar luego a otros que sean desconocidos, lo que favorece la comprensión y la confianza.
2. Pasar de lo concreto a lo abstracto, es decir, ir de hechos que se puedan ver, oír, oler, o gustar, para pasar luego a ideas que no pueden percibirse por los sentidos (Como puede ser una teoría sobre el origen de una enfermedad) de esta forma, las ideas abstractas resultan más comprensibles.
3. Ir de lo simple a lo complejo, en la medida que aumenta la capacidad de comprensión de los oyentes. ⁽²⁷⁾

Una explicación nunca debe ser tan difícil que desanime y haga perder el interés a una parte de los que escuchan, pues un buen orador es aquel que es capaz de detectar el grado de dificultad de las ideas que expone. ⁽²⁷⁾

Es importante que se conozca que cuando preparamos y ejecutamos una charla:

1. La misma debe ser promovida por el propio grupo social al que va dirigido, a través de sus líderes, si ella se promueve desde un organismo oficial sin contar con los líderes de la comunidad jamás tendrá éxito. Solo los líderes naturales tienen capacidad de convocatoria y de organización del grupo. ⁽²⁷⁾
2. El tema elegido debe responder a los deseos, necesidades e intereses del auditorio. ⁽²⁷⁾
3. Las condiciones locales deben ser óptimas (cómodo, agradable, con buena acústica y buena ventilación) ⁽²⁷⁾
4. El orador elegido debe ser conocedor del tema, pero al mismo tiempo debe gozar de reconocimiento y prestigio. ⁽²⁷⁾
5. En el desarrollo de la charla es preciso tener en cuenta una serie de consideraciones técnicas: ser breve, nunca exceder de tres cuartos de hora y lo ideal es que no sobrepase la media hora, utilizar lenguaje claro adaptado a la mentalidad y cultura de los oyentes. Es importante que el orador posponga su lucimiento personal a la eficacia educadora de sus palabras, no debe ser leída; cuando un mismo tema va a ser desarrollado por diferentes oradores, es muy importante unificar criterios y la exposición de los conceptos. ⁽²⁷⁾
6. Es aconsejable la utilización de ayudas audiovisuales (Diapositivas, proyecciones con retroproyector, franelógrafos, etc.) ⁽²⁷⁾

Es importante hacer una evaluación final de la charla.

La demostración.

Consiste en ejecutar ante un grupo aquello que se ha explicado y que se desea demostrar en la práctica.

Estas se pueden realizar de forma individual o en grupo. En todas sus variantes debe reproducirse, en lo posible el ambiente real de la situación objeto de la explicación. En ocasiones es necesario la participación de personal auxiliar, bien para representar una escena o para que colabore en la utilización de medios auxiliares. (27)

Esta técnica puede ser utilizada con éxito en actividades relacionadas con la educación nutricional, la higiene materna infantil, primeros auxilios, etc. La demostración es una actividad dinámica, pero requiere de la aplicación de la técnica correcta. (27)

Cuenta con dos etapas:

1. Preparación.
2. Desarrollo.

En la primera es vital la preparación de un guion y el conocimiento de los intereses del grupo y sus posibilidades reales en la vida diaria. En el segundo momento sin embargo lo más importante es aclarar dudas y repetir la demostración una o varias veces por alguna persona del grupo. La habilidad y desempeño de todas y cada una de estas técnicas son posibles si la persona que la lleva a cabo conoce no solo su metodología, sino además se siente apoyado tras conocer reglas básicas para el trabajo ante un auditorio.

(27)

Diseño Metodológico:

Tipo de estudio: Se realizó una investigación de tipo IDi (Investigación Desarrollo) en la cual se asume un diseño descriptivo con el objetivo de aplicar un programa de intervención educativa para los pacientes fumadores del consultorio número 2 del Consejo Popular Yaguaramas, municipio Abreus durante el periodo de enero del 2019 al 1ro de enero de 2021.

Universo: Conformado por 138 pacientes fumadores.

Muestra: Quedó conformada por 70 escogidos a través de un muestreo por conveniencia, posterior a la aplicación del Modelo Transteórico de Cambio de Comportamiento al 100% de los pacientes fumadores del consultorio, constituyendo el 50,7% del universo.

Escenario: Consejo Popular Yaguaramas.

Período que abarca el estudio: Desde el 1ro de enero del 2019 al 1ro de enero del 2021.

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes fumadores del Consultorio 2 de Yaguaramas, de 19 años y más que refirieron su voluntariedad para participar en el estudio y la intervención previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Los pacientes que no se encontraron en la provincia o en el país en el momento del estudio.

Los que no desearon participar en la investigación.

Los que presentaron cualquier afectación mental que impidiera la obtención de información necesaria.

Criterios de salida:

Los pacientes que abandonaron el estudio.

Dando salida al primer objetivo de este estudio se consideraron las variables sociodemográficas edad, sexo, nivel educacional, ocupación y antecedentes patológicos personales.

Para dar salida al objetivo dos y tres se investigaron las variables grado de dependencia nivel de conocimientos, y deseo explícito de abandonar el hábito de fumar asistiendo a la consulta de cesación tabáquica aplicando el cuestionario y el Test de dependencia.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa continua	19 a 28 29 a 38 39 a 48 49 a 58 59 a 68 69 a 78 Mas de 79	Edad biológica a partir del nacimiento de la persona
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al

			organismo masculino del femenino.
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Básica Preuniversitaria Técnico Medio Universitario	Referido a la educación escolar que el paciente ha completado.
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Estudiantes Profesionales Trabajadores agrícolas Amas de casa Desocupados	Labor que desempeña el individuo
Enfermedades asociadas con el hábito de fumar:	Cuantitativa Nominal;	Hipertensión Arterial, Asma Bronquial, IRA a repetición, Úlcera gástrica, Trastornos circulatorios, Trastornos de fertilidad, Abortos frecuentes y Ninguno.	Existencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el individuo.
Dependencia	Cuantitativa Continúa	< 4 puntos Dependencia baja	Determinar el nivel de dependencia a la

		4-7 puntos Dependencia moderada > 7 puntos Dependencia alta	nicotina mediante la aplicación del test de Fagerström
Nivel de conocimiento sobre los daños a la salud	Cualitativa Nominal	De 6 a 3 respuestas correctas: adecuado nivel de conocimiento. De 3 a 1 respuesta correcta: inadecuado nivel de conocimientos.	Según resultados de la encuesta.
Deseo explícito del abandono del hábito de fumar mediante la asistencia a consulta de cesación tabáquica en un futuro:	Cuantitativa nominal	Si o no	Según resultados de la encuesta.

Metodología de la Intervención Aplicada:

- Etapas de la investigación:

La Investigación conto de 9 etapas.

1-A partir del listado nominal de los pacientes dispensarizados como fumadores del consultorio 2 de Yaguaramas, representando un universo de 138 pacientes, se realizó un encuentro en dos sesiones con el objetivo de definir nuestra muestra en estudio. A los pacientes en cuestión se les informo respecto a los objetivos de la intervención educativa relacionada con el hábito de fumar , se realizaron negociaciones y se firmó el Consentimiento Informado (Anexo 1)

2 -A los mismos se les aplicó con la colaboración del departamento de Psicología del Área de Salud de Yaguaramas, el Modelo Transteórico del cambio de comportamiento de Prochaska y Di Clemente. (Anexo 2)^(16,28)

3-De ellos fueron seleccionados 70 pacientes con los cuales se hicieron contratos grupales y se les dio a conocer en Consentimiento Informado. También se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la selección de esta muestra.

4-Se aplicó una encuesta diseñada por la doctora Divianne Vega (Anexo 3)

5-Se aplicó el cuestionario diseñado por Nick Bohrer. (Anexo 4)

6-Seguidamente de forma individual apoyados por el psicólogo del grupo básico de trabajo se realizó la aplicación de los test de Fagerström (Anexo 5)

7-Basandonos en el Programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo por la MSc. Catalina Adelina Serrano Díaz ⁽²⁹⁾ se realizó un Modelo de intervención educativa(Anexo 6) con un total de 5 secciones de trabajo de 30 minutos de duración.

8-Se crearon dos grupos de 25 pacientes y uno de 20 a los que se les realizo un encuentro semanal con una duración de 30 minutos , cada grupo en día diferente durante 5 semanas a los que se les aplico el Modelo de Intervención

9-Una vez culminada la misma, al mes se decide aplicar la encuesta inicial para determinar el nivel de conocimientos de los pacientes y su deseo explícito de dejar de fumar apoyándose en la consulta de cesación tabáquica.

En el caso de nuestra investigación se aplicaron dos de las técnicas más empleadas en Atención Primaria de salud: la charla y la demostración.

Herramientas de alto valor en manos del médico de familia. Se mantuvieron vigentes los requisitos fundamentales del trabajo grupal como fueron la participación interactiva y la discusión grupal después de cada tema.

Estas acciones se realizaron en un aula del Policlínico Tomás Romay Chacón.

Instrumentos de recolección de datos:

- Modelo Transteórico del cambio de comportamiento de Prochaska y Di Clemente: consiste en un cuestionario que se realiza al paciente con una adicción al que se le indica que emita respuestas de "sí o no" a algunas preguntas relacionadas con el hábito de fumar. el cual consiste en un cuestionario que se realiza al paciente al que se le indica que emita respuestas de "sí o no" a algunas preguntas relacionadas con el hábito de fumar. El modelo justifica desde el punto de vista teórico y metodológico los cambios del comportamiento de una forma estructurada y por etapas, teniendo en cuenta las mismas se identificaron los pacientes que se encontraban en una etapa contemplativa la cual refiere que el paciente, en este caso el fumador, empieza a pensar que tendría que abandonar su hábito, pero no llega a encontrar el momento idóneo para hacerlo y continúa fumando. Se dice que el fumador mantiene una actitud disonante con su comportamiento y aún no está preparado para abandonar el hábito pero que ya se puede preparar, en la misma resultan más efectivas las acciones educativas relacionadas con conocimientos y saberes del paciente sobre su adicción y los riesgos que implica para su salud. ^(16,28)
- Encuesta diseñada por la doctora Divianne Vega: dirigida a los 70 pacientes que conformaron la muestra. La encuesta fue sometida a la previa aprobación del comité de expertos La misma fue diseñada con el objetivo de obtener información de las variables sociodemográficas tales como edad, sexo, nivel educacional, ocupación y antecedentes patológicos personales de la población en estudio.
- Cuestionario diseñado por Nick Bohrer: al que se le realizaron adecuaciones para poder ser aplicado en la población en estudio atendiendo que las características sociodemográficas de la misma no se correspondían en un 100% con las de la población en la que se

implementó inicialmente dicho cuestionario. Estas modificaciones se realizaron con el objetivo de identificar los conocimientos de los pacientes fumadores sobre la enfermedad y el deseo explícito de abandonar el hábito de fumar. Según la puntuación obtenida se calificaron las respuestas en las categorías: conoce cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems y no conoce cuando responde correctamente menos del 60 %.

- **Test de Fagerström:** determinar el nivel de dependencia a la nicotina que presenta el paciente. El mismo consta de 6 preguntas a las que se les da una puntuación y teniendo en cuenta el resultado final se logra la clasificación de la dependencia del paciente en baja, si obtiene menos de 4 puntos, de 4 a 7 puntos es una dependencia media y más de 7 puntos es una alta dependencia.
- **Programa de deshabituación tabáquica** llevado a cabo en el Consultorio número 10 del policlínico Manuel Piti fajardo en Cárdenas por la MSc. Catalina Adelina Serrano Díaz ⁽²⁹⁾ en 2016, al que se le realizaron modificaciones para hacerlo más accesible, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población del consultorio y así lograr con ello la motivación para dejar de fumar a través de la mejoría de los conocimientos sobre la enfermedad que presentan los pacientes. Modificaciones que fueron sometidas a la validación de un grupo de expertos del municipio, conformada por tres especialistas entre ellos el Master en Psicología Maikel Valero Carmona. Durante su modificación se tuvieron en cuenta los objetivos de cada tema a desarrollar, el escenario y los medios de enseñanza. El Programa Educativo quedó estructurado en un conjunto de actividades grupales de carácter teórico prácticas, con la utilización de técnicas participativas y una evaluación, de manera que faciliten el desarrollo de habilidades y la proyección de formas adecuadas de conducta en los pacientes fumadores.

Cada sesión de trabajo se estructuró:

- Sección de trabajo: No -----
- Tiempo de duración: 45 min
- Tema: -----
- Técnicas utilizadas y materiales de trabajo.

Sesión 1:

- Tema: ¿Qué es el Tabaquismo?
- Objetivos
 - Captar la atención de la audiencia
 - Explorar los conocimientos sobre el tabaquismo que tiene los pacientes
 - Aplicación del test de dependencia.
- Tiempo de duración: 30 minutos
- Técnicas utilizadas :Charla y demostración
- Materiales de trabajo: Computadora, video sobre el tabaquismo, papel y lápiz.
- Procedimiento: Iniciar mostrando video sobre el tabaquismo que muestra con datos estadísticos a nivel mundial. Seguido de la aplicación de la encuesta para la obtención de datos sociodemográficos, el cuestionario en su primera etapa para determinar los niveles de conocimiento acerca del tema y el test de Dependencia a la Nicotina.

Sesión 2:

- Tema: ¿Cómo afecta el tabaquismo mis pulmones?
- Objetivos
 - Proveer del conocimiento sobre las afectaciones el tabaquismo en la calidad de vida de un paciente fumador
- Tiempo de duración: 30 minutos
- Técnicas utilizadas :Charla y demostración
- Materiales de trabajo: Computadora, imágenes
- Procedimiento: Mostrar imágenes y debatir sobre lesiones pulmonares más frecuentes en fumadores y su repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes, dígame disminución de los años de vida y aumento del padecimiento de Enfermedades Crónicas no transmisibles.

Sesión 3:

- Tema: ¿Cómo afecta el tabaquismo a mi familia?
- Objetivos

- Proveer del conocimiento sobre las afectaciones ocasionados por el humo del cigarro en un fumador pasivo logrando así sensibilizar al paciente respecto al daño que puede sufrir la salud familiar.

- Tiempo de duración: 30 minutos
- Técnicas utilizadas: Charla y demostración
- Materiales de trabajo: Computadora, video sobre el tabaquismo
- Procedimiento: Mostrar y debatir video sobre los daños ocasionados por el humo del cigarro en fumadores pasivos en el medio familiar, su afectación en grupos vulnerables, dígase ancianos, embarazadas y niños

Sesión 4: Si fumo, ¿cómo daño mi cuerpo?

- Tema:
- Objetivos:

- Proveer del conocimiento sobre afecciones buco dentales, cardiovascular, gastrointestinal y reproductivos más comúnmente asociados al tabaquismo.

- Tiempo de duración: 30 minutos
- Técnicas utilizadas: Charla y demostración
- Materiales de trabajo: Computadora, video
- Procedimiento: Mostrar y debatir video sobre lesiones frecuentes en fumadores por sistemas de órganos con especial énfasis en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y reproductivos.

Sesión 5:

- Tema: ¿Puedo cambiar? ¿Cómo?
- Objetivos:

-Brindar información sobre importancia del abandono del hábito de fumar haciendo especial énfasis en el interés que tiene el Sistema de salud cubano en aportar el apoyo necesario a los pacientes fumadores mediante la asistencia a la Consulta de Cesación Tabáquica.

- Tiempo de duración: 30 minutos
- Técnicas utilizadas: Charla
- Materiales de trabajo: Pizarra
- Procedimiento: Señalar estadísticamente la mejoría en la calidad de vida de los fumadores al abandonar el hábito. Reiterar la importancia de una adecuada orientación cuando se trata de cese de una adicción. Invitar a los Profesores del GBT encargados de la consulta para que den a los participantes una idea general de las acciones a realizar con los pacientes y los resultados obtenidos en el área de salud a lo largo de los años de establecida la consulta.

MÉTODOS DEL NIVEL TEÓRICO

Inductivo - deductivo: Permitió realizar análisis lógicos acerca del objeto de.

estudio lo que posibilitará el establecimiento de conclusiones durante la revisión bibliográfica.

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 y comparación con la investigación anterior.

Histórico - lógico: Se utilizó para la identificación de la esencia del problema, su evolución histórica, comparación y su estado actual.

Técnicas y procedimientos

Estrategia de Intervención Educativa (Intencional: dirigida a una dificultad particular, en este caso las lagunas del conocimiento encontradas en la

población de estudio, es decir, para evaluar una necesidad académica; y Específicas y formales: porque se estableció en un período de tiempo determinado y se pretende reevaluar con periodicidad).

Los datos obtenidos se depositaron en una base de datos creada a los efectos de este estudio. Se utilizó un procesador estadístico SPSS versión 11 para Windows. Los resultados se expresaron en tablas mediante números absolutos y porcentajes. Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de los datos.

Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta los criterios éticos que rigen la Medicina para realizar la investigación, dígame:

- No hacer daño
- Beneficencia
- Consentimiento informado

Se valoraron las condiciones de privacidad, orden y organización de todo el sistema de intervención teniendo en cuenta: las condiciones del local, la utilización de materiales auxiliares, requisitos de preparación de la fuente, requisitos de preparación del receptor además del apoyo de la Dirección de Salud de Área de Yaguaramas. Se consideró la negociación del horario para las sesiones de trabajo y contrato para la intervención.

Los pacientes que participaron en el estudio estuvieron de acuerdo en formar parte del mismo, dejando plasmado su aceptación de forma escrita a través de su consentimiento para esto. (Anexo 1).

Resultados:

Tabla 1: Distribución de los pacientes según edad y sexo. Consultorio Médico Familiar # 2. Policlínico Docente Tomás Romay Chacón. Yaguaramas. 2021

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	Significado
	No.	Significado	No.	Significado		
19 a 28	4	9,5	1	3,5	5	7,2
29 a 38	5	11,9	2	7,1	7	10,0
39 a 48	13	31,0	9	32,1	22	31,5
49 a 58	10	23,8	6	21,4	16	22,8
59 a 68	3	7,1	1	3,5	4	5,7
69 a 78	5	11,9	1	3,5	6	8,5
Mas de 79	8	19,0	2	7,1	10	14,3
Total	42	100,00	28	100,00	70	100,00

Fuente: Cuestionario.

Como se puede observar en la tabla número 1 existe un predominio del grupo etario de 39 a 48 años con 22 pacientes para un 31,5% de la muestra estudiada seguido de los pacientes de 49 a 58 años con 16 para un 22.8%. Es válido decir que el 61.5 % de la muestra estuvo entre los 39 y 58 años. Con relación al sexo, el masculino predominó sobre las féminas con el 60,0% de la muestra estudiada.

Tabla 2: Distribución de los pacientes según nivel educativo. Consultorio Médico Familiar # 2. Policlínico Docente Tomás Romay Chacón. Yaguaramas. 2021

Nivel educativo	No	Significado
Primario	3	4,3
Secundario	14	20,0
Preuniversitario	21	30,0
Universitario	32	45,7
Total	70	100,00

Fuente: Cuestionario.

En el estudio realizado existe un predominio de los universitarios sobre el resto de los demás niveles educativos con un total de 32 pacientes para un 45.7%, seguido del nivel preuniversitario con 21 pacientes para un 30% y del nivel secundario con un 20% para 14 pacientes. No existiendo pacientes en la Dimensión educativa Técnicos Medios.

Tabla 3: Distribución de los pacientes según ocupación. Consultorio Médico Familiar # 2. Policlínico Docente Tomás Romay Chacón. Yaguaramas. 2021

Ocupación	No	Significado
Profesionales	30	42,8
Trabajadores agrícolas	24	34,3
Amas de casa	10	14,3
Desocupados	6	8,6
Total	70	100,00

Fuente: Cuestionario.

La distribución de pacientes según ocupación, presentada en la tabla 4, mostro que eexiste un predominio de los trabajadores clasificados como profesionales (maestros, médicos, licenciados, ingenieros) con un total de 25 pacientes para un 35.7%; seguidos por los trabajadores agrícolas con 24 pacientes para un 34.3% posteriormente se encuentran las amas de casa con 10 pacientes para un 14.3%.

Tabla 4: Distribución de los pacientes según enfermedades asociadas.
Consultorio Médico Familiar # 2. Policlínico Docente Tomás Romay
Chacón. Yaguaramas. 2021

Enfermedades asociadas	No	Significado
Hipertensión arterial	47	67,1
EPOC	17	24,2
Asma bronquial	12	17,1
Insuficiencia renal	3	4,2
Diabetes Mellitus	33	47,1
Úlceras gástricas	5	7,1
Trastornos circulatorios	21	30,0
Infertilidad	5	7,1
Abortos	6	8,5
Ninguno	9	12,8
Total	70	100,00

Fuente: Cuestionario.

Según se muestra en los resultados obtenidos en la tabla numero 5 predominaron los pacientes fumadores que padecían de Hipertensión Arterial para un total de 47 pacientes lo que representa un 67,1%, un 47.1% padecen de diabetes y un 30% presenta trastornos circulatorios. Solo un 12.8% refirió no presentar ninguna afectación hasta el momento de concluido el estudio. Es importante señalar que del total de pacientes con trastornos circulatorios todos eran hipertensos y que de los pacientes con EPOC existían 8 con los antecedentes de Asma Bronquial.

Tabla 5: Distribución de los pacientes según dependencia a la nicotina.
Consultorio Médico Familiar # 2. Policlínico Docente Tomás Romay
Chacón. Yaguaramas. 2021

Dependencia a la Nicotina	no	Significado
Baja	18	25,7
Media	22	31,4
Alta	30	42,9
Total	70	100,00

Fuente: Test de dependencia.

Los resultados obtenidos después de la aplicación del Test de Fagerström mostraron que predominaron los pacientes con una alta dependencia a la nicotina para un 42,9% con un total de 30 pacientes. Seguido de una percepción media con 22 pacientes para un 31,4%.

Tabla 6: Distribución de los pacientes según nivel de conocimientos.
Consultorio Médico Familiar # 2. Policlínico Docente Tomás Romay
Chacón. Yaguaramas. 2021

Nivel de conocimientos	Adecuados		inadecuados		Total	
	No	Significado	no	Significado	No	Significado
Antes de las charlas	21	30,0	49	70,0	70	100,0
Después de las Charlas	52	74,3	18	25,7	70	100,0

Fuente: Cuestionario.

La distribución de pacientes fumadores según nivel de conocimientos en el pre y posttest, presentada en la tabla 6, dio a conocer que en el pretest predominaron los pacientes con nivel de conocimiento bajo en todas las dimensiones, según el conocimiento global, el 70,0%, para un total de 49 personas. tuvieron nivel de conocimientos inadecuados. En el posttest frecuentaron los pacientes con nivel de conocimiento adecuado en todas las dimensiones. El conocimiento global en esta ocasión fue evaluado de adecuado en el 74,3% de los pacientes estudiados, para un total de 52 personas demostrando que las acciones realizadas con estos pacientes son efectivas.

Tabla 7: Distribución de los pacientes según deseo explícito de abandonar el hábito. Consultorio Médico Familiar # 2. Policlínico Docente Tomás Romay Chacón. Yaguaramas. 2021

Deseo explícito de abandonar el hábito	Si		No		Total	
	No	Significado	no	Significado	No	Significado
Antes de las charlas	12	17,1	58	82,9	70	100,0
Después de las Charlas	37	52,8	33	47,2	70	100,0

Fuente: Cuestionario.

Como se muestra en la tabla número 7 en un primer momento de la intervención predominaron los pacientes que no deseaban abandonar el hábito para un 82,9%. Posterior a la implementación de la intervención educativa se logró que un 52,8% de los pacientes expresaran su deseo explícito de abandonar el tabaquismo mediante la asistencia a la consulta de Cesación Tabáquica.

DISCUSIÓN

En las edades laborales existe un macado número de pacientes fumadores que en un futuro tienen un alto riesgo de presentar complicaciones lo cual puede estar condicionado por la influencia medioambiental dígase estrés laboral, situación familiar. Estos resultados se asemejan a los realizados en Navarra en 2019 por los doctores Nerea Egües e Isous Delfrades.⁽³⁰⁾ En estudios realizados en nuestro país estas edades se corresponden en algunas investigaciones como el de la doctora Nery Suárez Lugo⁽³¹⁾ en un policlínico de La Habana y el doctor Dr. Johan Betancourt Gambino⁽³²⁾ en la Isla de la juventud. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Cubana del 2019⁽⁶⁾, la media de inicio en el consumo del tabaco fue de 17.4 años, similar en las zonas urbana y rural. Lo cual demuestra que existe una tendencia al inicio temprano de este hábito de fumar condicionado por factores socioculturales y religiosos. Según explicación de la especialista Dra. Patricia Varona Pérez Epidemióloga e investigadores del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, globalmente se observa un incremento del habito de fumar hasta los 64 años para luego disminuir a partir de esta edad.

Con la dispensarización del consultorio existe predominio de la población en edades socialmente productivas trayendo como consecuencia un aumento de las patologías producidas por el hábito de fumar con un incremento de la adopción de comportamientos de riesgo como el habito de fumar hace que aparezcan las denominadas enfermedades del comportamiento condicionales para que aparezcan verdaderos problemas de salud, siendo esto una mayor incidencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. En una población marcada por las tradiciones donde el hábito de fumar es socialmente bien visto, donde la población joven es más propensa a hacerlo por la reafirmación de independencia, búsqueda de aceptación en el grupo, adelantar la adultez y la imitación de modelos que admiran, es labor ardua la del médico de familia que debe corregir estos estilos de vida guiando a su población hacia vías más saludables.

A nivel mundial existe una tendencia creciente al aumento de las mujeres fumadoras. En el "Programa de Ayuda para Dejar de Fumar en Navarra. 25 años de Andadura" diseñado para el equipo de salud por el gobierno de España se planteó que el 64% de las personas fumadoras estudiadas se correspondían con mujeres demostrando un acortamiento de la brecha histórica entre ambos sexos.⁽³⁰⁾ Es sumamente importante señalar que a nivel mundial se observa un incremento en el número de mujeres fumadoras dato a tener en cuenta cuando se trabaje con la población para la intervención oportuna de los grupos vulnerables. Los resultados obtenidos en el estudio se corresponden con algunos estudios realizados en Cuba donde existe un mayor número de fumadores hombres que mujeres como lo reflejan estudios como el de la doctora Nery Suárez Lugo⁽³¹⁾ en un policlínico de La Habana y el doctor Dr. Johan Betancourt Gambino⁽³²⁾ en la Isla de la isla se la juventud. Según los resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Cuba la prevalencia fue de un 31% en hombres y de 16,4% en mujeres. Estos resultados se reducen en la Encuesta Nacional aplicada en el 2019 donde el 28,0% corresponden al sexo masculino y el 15,4 al femenino.

La valoración del género masculino como el de mayor incidencia en el consumo de cigarros pudiera estar relacionada con la búsqueda de placer, el inicio precoz de hábitos tóxicos, la incorporación a grupos de referencia y el manejo de las tensiones. En una población marcada por las tendencias machistas y de superioridad de género, donde el fumar es un símbolo de madurez y estatus dentro de la familia, ya que históricamente se relacionaba este perjudicial hábito con los adultos de las casas, es socialmente aceptado y se mantiene vigentes algunas percepciones erradas que asocian el tabaquismo con la virilidad sexual, es fundamental corregir estos conceptos para encaminar a la población hacia un estilo de vida más saludable. Actualmente las mujeres han logrado un empoderamiento social que favorece a la mayor aceptación como individuos y les permite declarar y reconocer abiertamente la práctica de conductas de riesgo que históricamente fueron tabú para el sexo femenino. Ello nos va a permitir trabajar personalmente con la motivación en función de modificar su estilo de vida a favor de conductas mas saludables.

De acuerdo con la última Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS 2017) la prevalencia de consumo del tabaco en Uruguay es de un 21.6%, siendo significativamente más bajo en la población con nivel educacional terciario 14.4% lo cual difiere con los resultados de nuestro estudio.⁽⁵⁾ En Cuba en intervenciones similares no se corresponde este resultado. Ejemplo de ello fue el estudio realizado por MSc. Catalina Adelina Serrano Díaz existe una prevalencia de los niveles preuniversitario y técnico medio.⁽²⁹⁾

En Cienfuegos en un estudio realizado entre 2010 y 2011 se comprobó que la prevalencia de tabaquismo disminuía al aumentar el nivel educacional; de acuerdo con esa tendencia, el grupo con educación universitaria tuvo la menor prevalencia (16,2%).⁽³³⁾

Mediante la dispensarización del consultorio se constató que a pesar de ser una población rural se aboga por la continuación de los estudios por parte de los jóvenes de las casas. Esto refleja que a pesar del alto nivel de preparación de los pacientes todavía persisten conductas nocivas para la salud. El nivel escolar juega un papel importante en la preparación de las acciones de salud a desarrollar en los pacientes fumadores, en general. En el caso de este estudio se tomó en cuenta en la preparación de las clases para lograr que fueran comprendidas por todos los participantes con independencia del grado escolar alcanzado.

Según un estudio realizado para la Revista Cubana de Salud Pública en 2010 los valores de prevalencia poblacional la categoría ocupacional de trabajadores es la de mayor riesgo de tabaquismo lo cual demuestra que se mantiene la aceptación social y que en los centros de trabajo no se respeta totalmente lo que plantean los diferentes documentos legislativos sobre la prohibición de fumar en lugares públicos.⁽³⁴⁾

En estudios realizados a nivel mundial y en Cuba estas estadísticas varían considerablemente de región a región.^(30-32, 35)

A pesar de ser una comunidad históricamente caracterizada por ser agrícola, en estos momentos las ofertas de trabajo dentro de la misma no abundan. Esto sumado a la preparación académica que tiene, conlleva a la búsqueda de trabajo fuera del

asentamiento poblacional. Además, considerando lo explicado en la tabla anterior nos habla a favor de que a pesar de ser una población rural cuentan con un número significativo de profesionales los cuales pesar de su preparación no ven el tabaquismo como un hábito nocivo para la salud. Esto nos lleva a pensar que la influencia histórica y religiosa que erróneamente muestra este vicio como algo bien visto, símbolo de status social, está fuertemente arraigada dentro de la población en estudio a pesar de las amplias campañas de difusión que a nivel nacional se desarrollan en nuestro país informando sobre lo perjudicial que resulta este hábito. Pensamos que con una atención más personalizada y en menor escala se podría lograr una mayor sensibilización sobre el tema.

En los estudios realizados a nivel mundial y en Cuba los niveles de dependencia varían considerablemente teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población en estudio. ^(34,35,36,37)

Como en toda enfermedad, en el tabaquismo también es fundamental establecer un diagnóstico correcto para seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada en cada caso (terapia individualizada) y para poder programar un buen seguimiento. Se ha consensuado la necesidad de recoger un conjunto mínimo básico de datos, que debería figurar en anamnesis de todo individuo fumador. En estos datos se incluye no solo el número de cigarrillos fumados diariamente, sino también los años que se ha sido fumador y el cálculo del consumo acumulado en paquetes-año (resultado de multiplicar el número de paquetes consumidos diariamente por el número de años que se lleva fumando). El grado de dependencia física que el fumador tiene por la nicotina se estima por medio del test de Fagerström que además sirve para identificar a los fumadores que van a tener más dificultades para abandonar el tabaco.

Esto nos reafirma que la población no cuenta con una adecuada percepción del riesgo que representa el tabaquismo para su salud. Viviendo en un país exportador histórico de tabaco, donde las creencias religiosas en ocasiones conllevan al inicio del consumo, donde la visión de la población no percibe el daño que produce el cigarro es válido un

llamado a poner mayor énfasis en las charlas a realizar para incrementar la preparación respecto al tema de la población en estudio.

El tabaquismo produce además cambios estructurales y funcionales en las vías respiratorias. La bronquitis crónica implica hipertrofia de las glándulas mucosas bronquiales y se caracteriza por la producción diaria de expectoración, en casos avanzados se pueden observar micro abscesos y deformidad de las vías respiratorias; elementos desconocidos por el fumador.

También el tabaquismo se manifiesta como un factor de riesgo de patologías oculares, como la degeneración macular, glaucoma y las cataratas. Los efectos oxidantes y tóxicos del tabaco tienen un papel importante en el deterioro ocular. Fumar cigarrillo es la principal causa prevenible de muerte prematura. Se estima que el fumador reduce su expectativa de vida entre cinco y ocho años; por cada cigarrillo fumado, se pierden aproximadamente cinco y medio minutos de vida. El aumento de la mortalidad puede ser tan grande que una de cada seis muertes se produce como consecuencia de fumar. La adicción se refleja también en el incremento de una buena variedad de enfermedades agudas y crónicas, que propician más días de ausentismo escolar, laboral, y mayor utilización de servicios hospitalarios. Es conocido que, aunque las personas tengan conocimientos sobre la nocividad de determinados comportamientos y consumo de productos, el hecho de que los efectos no se produzcan a corto plazo hace que los riesgos se minimicen y se despersonalicen. De la situación anterior no se encuentran exentos ni los profesionales sanitarios, como ya se ha planteado. Es por eso que resulta tan interesante disponer de información que permita diagnosticar, tanto los conocimientos sobre los daños, como la forma en que estos son percibidos por la población sobre la cual se quiere intervenir.^(38,39,40,41)

En estudios realizados a nivel mundial no siempre se recoge el dato acerca de las enfermedades que padece el paciente producidas por el tabaquismo. Eso conlleva hacia la variabilidad en los datos a comparar.^(42,43,44)

Esta distribución de las comorbilidades asociadas al tabaquismo encuentra semejanza con la dispensarización realizada en el área de salud y el consultorio correspondiente donde predominan los pacientes hipertensos, diabéticos y asmáticos.

Esto traduce un marcado número de pacientes con comorbilidades propias de la enfermedad lo que aumenta el riesgo de complicaciones a corto y mediano plazo en estos pacientes. En nuestro país existe un incremento en la población que padece enfermedades crónicas no transmisibles. Sumando a esto el envejecimiento poblacional en ascenso la reducción de la aparición de enfermedades prevenibles es el objetivo a trabajar cada día por parte del Médico General Integral. Respecto a los pacientes que no referían patologías relacionadas al tabaquismo se les indico estudios más exhaustivos para realmente confirmar clínicamente esta afirmación.

A nivel mundial y en Cuba los resultados obtenidos después de una oportuna intervención educativa han sido favorables ^{(30) (31) (32) (33)}. El aumento de conocimientos de la población le permite identificar conductas nocivas para la salud y valorar con juicio crítico su comportamiento frente a ellas. La promoción de estilos de vida saludables donde se rompan tabúes, se cambien costumbres y se fomente la calidad de vida de la persona es tarea constante del Médico de Familia.

Apenas 20 minutos después de haber dejado de fumar, el ritmo cardíaco y la presión arterial disminuyen. En las doce horas siguientes se reduce el monóxido de carbono en sangre hasta valores normales. Luego de dos a 12 semanas, mejora la circulación sanguínea y aumenta la función pulmonar. Entre el primer mes y el noveno, la tos y la dificultad para respirar también se reducen; y en tan solo un año, el riesgo de cardiopatía coronaria es un 50 por ciento inferior al de un fumador. ⁽⁴²⁾

Entre cinco y 15 años después de dejar de fumar, el riesgo de accidente cerebrovascular se corresponde con el de un no fumador, mientras que en una década las posibilidades de desarrollar cáncer de pulmón disminuyen hasta valores cercanos al 50 por ciento del riesgo que tendría un no fumador. El riesgo de padecer de cáncer de boca, garganta, esófago, vejiga y páncreas también decrece. ⁽⁴²⁾

En contraste, la exposición por corto tiempo al humo de tabaco o cigarrillos tiene un efecto cuantificable en el corazón de los no fumadores: 30 minutos de exposición son suficientes para reducir el flujo sanguíneo del corazón. Una hora respirando el aire contaminado por tabaco equivale a fumarse tres cigarrillos; mientras los no fumadores que están expuestos al humo de tabaco en el hogar tienen un 25 por ciento más de probabilidades de sufrir una cardiopatía.⁽⁴²⁾

Antes de la intervención educativa la mayoría de los fumadores mantenían una severidad percibida inadecuada, lo que se traduce en dificultades a la hora de identificar el tabaquismo como causante de daños importantes a la salud. Los participantes relacionaban en el momento inicial la adicción con daños más conocidos como el cáncer de pulmón y otros menos graves como la bronquitis crónica y las manchas en los dientes.

Es vital la realización de acciones encaminadas a fortalecer la severidad del tabaquismo, para favorecer la adopción de estilos de vida alejados de las adicciones en la población cubana. De ahí la importancia de llevar a cabo programas encaminados a una mayor percepción de los daños y consecuencias de esta adicción para la salud de los fumadores y también para las personas que los rodean. Es urgente el desarrollo constante de acciones ante este problema de salud.

Ante un aumento de los conocimientos sobre la patología en cuestión aumenta la percepción de riesgo de las personas y es más fácil conducirlos hacia estilos de vida saludables. Es importante resaltar el valor que tiene crear una adecuada relación médico-paciente en el momento de aplicar la intervención. Mantener un ambiente ameno, respetuoso por ambas partes y evitar los tecnicismos dialogando en lenguaje comprensible para todos los pacientes son premisas a considerar. Lograr la motivación para el cambio es una tarea nada sencilla a la que se enfrenta el personal de salud pública. Convencer a los pacientes a cambiar patrones establecidos es un proceso largo y complejo. El primer paso es incitarlos a acudir a consulta. No se trata de enfrentarse a tradiciones, costumbres religiosas ni hábitos de vida, se trata de conocer las inquietudes del paciente, su medio en el que se desarrolla, sus aspiraciones y basándonos en ellas motivarlos y guiarlos.

La Prevención de Salud es una herramienta de oro en manos del médico General Integral. Saber utilizar las técnicas afectivas participativas para lograr una mejor comunicación con la población, lograr que el mensaje transmitido sea asimilado, y por tanto lograr modificar los comportamientos perjudiciales para la salud son nuestras metas de trabajo. Lograr que una población se encuentra dispuesta a asimilar los cambios que conlleven a un aumento en la calidad de vida es el objetivo de esta intervención.

Como intervención educativa este trabajo va encaminado a trabajar con la información, el conocimiento y saberes de los pacientes fumadores. El hecho de aumentar la percepción del riesgo, crea las bases para influir a posteriori en los efectos y el comportamiento.

Conclusiones:

- La población objeto de estudio estuvo caracterizada por profesionales en edad productiva, mayoritariamente del sexo masculino con antecedentes de ENT.
- El programa educativo tuvo un efecto favorable en el nivel de conocimiento acerca del Tabaquismo en los pacientes fumadores. Se identificó en más de la mitad de la población estudiada un nivel de conocimientos inadecuados en el pretest respecto a las afectaciones más frecuentes del tabaquismo sobre la salud humana. Al evaluar el nivel de conocimiento en el posttest, se apreció un mayor predominio de pacientes con nivel de conocimiento adecuado en todas las dimensiones.
- La intervención educativa resultó ser muy efectiva, no solo por los resultados alcanzados al medir los conocimientos después de la misma, sino también porque se logró motivar a los pacientes para abandonar el hábito de fumar acudiendo a la consulta de Cesación Tabáquica. Además, se logró la participación y el interés de los pacientes en los distintos temas que se impartieron.

Recomendaciones

- 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 en la sala de espera de consulta con el fin de promover el conocimiento acerca de los daños ocasionados a la salud por el tabaquismo y motivar el abandono del mismo, así como en diferentes espacios masivos para difundir mensajes cortos sobre la prevención de complicaciones de esta enfermedad.
- Proponer a la Dirección de Salud Municipal que se realicen investigaciones similares en otros consultorios del municipio para lograr un impacto positivo en los estilos de vida de los pacientes al elevar su nivel de conocimientos sobre la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plá García A, Elizalde Gálvez MG, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño JC, Nieves Sardiñas BN. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2016 jun [citado 10 abril 2017]; 38(3): 460-469. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300017&lng=es.
2. Rodríguez Hermosa JL, Nerín de la Puerta I, Calle Rubio M. Neumología clínica; 2015. p. 608-15
3. Micheli de A, Izaguirre-Ávila R. Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa. Historia y medicina. Rev. invest. clín. vol. 57 no. 4 Ciudad de México jul./ago. 2005. [Internet]. 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762005000400014&script=sci_arttext.
4. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Ginebra: OMS; [Internet]. 2021. [Citado 27 julio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>+
5. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011 [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014
6. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Estadística Anual 2019. Cienfuegos: DPS; 2019.
7. Jorlén Galiano I, Juviel Román I, Gómez Tejeiro N, Ramírez Rodríguez L, González Almeida Y, Trumbull Jorlén A. Estrategia educativa participativa contra el tabaquismo para decisores de salud, Camagüey, 2011. Rev Cubana HigEpidemiol [Internet]. 2012 abr [citado 2017 Abr 10]; 50(1): 97-103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000100012&lng=es
8. Ramírez Esteva OE, Cáceres Diéguez A, Benítez Alcántara G, et al. Repercusiones hepática, pancreática y alveolar y homeostasis alteradas del zinc, vitaminas en tabaquismo y alcoholismo asociados. Rev Cubana InvestBioméd [Internet]. 2015 jun [citado 07 Feb 2017]; 34(2): 187-203.

Disponible

en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000200008&lng=es.

9. Benet M, Espinosa A, Morejón A, Díez E, Landrove O, Ordúñez PO. La prevalencia de tabaquismo en la ciudad de Cienfuegos, Cuba. MEDICC Rev. 2014 Jul-Oct;16(3-4). Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=29&id=372&a=vahtml>
10. Pupo Ávila NL, Hechavarría Toledo S, Lozano Lefrán A. Caracterización de las publicaciones sobre tabaquismo en revistas científicas cubanas (2005-2014). Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 sep. [citado 07 Feb 2017]; 42(3): 375-384. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300005&lng=es
11. Díez-y-Martínez-de-la-Cotera E. Tabaquismo: adicción que provoca más muertes que el sida. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2017 Abr 5]; 2(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/72>
12. Cabezas CE. Conferencia impartida en el Simposio "Salud reproductiva en edades extremas de la vida de la mujer". Cuba, 16-18 de octubre de 2003.
13. Tabaquismo [citado 10 febrero 20017]. Disponible en: <http://www.ecured.cu/index.php/Tabaquismo>.
14. Fernández Concepción M, García Sánchez MR, Valdés Jiménez L. Tabaquismo y Adolescencia. Revista Habanera de Ciencias médicas, 2012; 18(1)
15. Espinosa Brito AD, Espinosa Roca AA. Tabaquismo. Revista Finlay, 2005; 10(Nro especial): 33-37
16. Díaz Fonte, J. Cruzado JA. El Modelo Transteórico y el Ejercicio en Supervivientes. Vol. 32. Num. 3. November 2021. Pages 129 – 137. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2021a15>
17. CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD. UNA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. 1986 Ottawa. Canadá. [Internet]. 2021 Disponible en:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjTs9v-v8_0AhUisTEKHWQpCtYQFnoECAIQAO&url=https%3A%2F%2Fwww.who.org%2Fhq%2Fdm/documents%2F2013%2FCarta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf&usg=AOvVaw0_HmfqdLsCa12QBj2JHoqz

18. Díaz Brito Y, Pérez Rivero JL, Báez Pupo F, Conde Martín M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Rev Cubana Med Gen Integr vol.28 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2012. [Internet]. 2021 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300009
19. Álvarez Estupiñán, M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. CCM vol.17 no.1 Holguín ene.-mar. 2013. [Internet]. 2021 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100013
20. López Espinosa GJ, Lemus Lago ER, Valcárcel Izquierdo N, Yeras Alos IB, Beltrán González BM, Pérez Bada. Identificación de necesidades de aprendizaje en materia de salud ocupacional por el especialista en Medicina General Integral. Educ Med Super vol.32 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2018. [Internet]. 2021 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000300016
21. Lahera Fernández EL, De la Hoz Rojas L, González Falcón M, Montes de Oca González AM, Martínez Rodríguez B, Díaz López B. Programa educativo sobre tabaquismo para estudiantes de primer año de la Carrera de Estomatología. Acta méd centro vol.15 no.1 Santa Clara ene.-mar. 2021 Epub 31-Mar-2021. [Internet]. 2021 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000100105
22. Renda Valera L, Cruz Borjas Y, Parejo Maden D, Cuenca Garcell K, Gumila Jardines M. Evaluación de una intervención educativa sobre tabaquismo y su relación con la cavidad bucal. Revista Cubana de Medicina Militar.

- 2020;49(4):e0200554. [Internet]. 2021 Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/554>
23. 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. Rev haban cienc méd vol.15 no.5 La Habana set.-oct. 2016. [Internet]. 2021 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000500012
24. Rodríguez Capote ME. Educación anti-tabaco para pacientes en atención primaria. Rev Elec Portales Med. Vol. XV; nº 11; 488. [Internet]. 2021 Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/educacion-anti-tabaco-para-pacientes-en-atencion-primaria/>
25. González Díaz, C. La comunicación en salud como premisa fundamental para la percepción de riesgo en las poblaciones. Rev Cub Higiene y Epidemiología. Vol. 53, No. 2 [Internet]. 2021 Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/40/18>
26. Touriñán López, M. Textos de contenido conceptual correspondientes a trabajos propios publicados. Páxinas persoais. José Manuel Touriñán. Universidade de Santiago de Compostela. [Internet]. 2021 Disponible en: <http://webspersoais.usc.es/persoais/josemanuel.tourinan/intervd.html>
27. Alvares Sintés, R. Medicina General Integral. Comunicación en Salud y Técnicas Educativas. Editorial de las Ciencias Médicas. 2014. 3era Edición. Volumen I. Cap 16: 134
28. Pérez, F. El modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente. [Internet]. 2021 Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/modelo-transteorico-del-cambio-prochaska-diclemente/>
29. Serrano Díaz CA, Herrera Gaytán A, Robles Mirabal V, Barrios Rodríguez. Diseño de Intervención Educativa sobre efectos nocivos del tabaco. Consultorio No. 10. Policlínico Manuel Piti Fajardo. Cárdenas. 2016. Rev. Méd Electrón [Internet]. 2018 Sep-Oct [citado: fecha de acceso];40(5). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2618/4037>

30. Nerea Egüés ,O , Iosu Delfrade, O . Programa de Ayuda para Dejar de Fumar en Navarra. 25 años de Andadura Rev Esp Salud Pública. 2019; Vol. 93: 15 de julio e1-9. www.msc.es/respRecibido: 16 de mayo de 2019Aceptado: 14 de junio de 2019Publicado: 15 de julio de 2019
31. Suárez Lugo N; Campos Pupo E. 2010Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez".Rev Cubana Salud Pública v.36 n.2 Ciudad de La Habana Mayo-jun. [Internet]. 2021 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005
32. Betancourt Gambino, Dr. Johan. Tabaquismo en el área de salud del policlínico Orestes Falls Oñate, 2018 Filial de Ciencias Médicas Isla de la Juventud. Policlínico Universitario No.3 Vol. 34, No. 2 (2018) [Internet]. 2021 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005
33. Lorenzo Vázquez E, Castillo Rodríguez E. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo en Cuba 2016. P 54-56
34. Pérez Martínez D, Saborit Corría E, Jiménez Sánchez L. Intervención educativa para incrementar la severidad percibida del tabaquismo en pacientes fumadores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 23(1): 41-56. Disponible en: <http://revcm.pinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3615>
35. Cardentey García J. El tabaquismo: un flagelo para la humanidad. Archivo Médico. Camagüey [Internet]. 2016 [citado 2018/12/10]; 20(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4053>
36. Espinosa Roca A, Espinosa Brito A. Factores de riesgo asociado en los fumadores. Resultados de la Medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos. Rev cubana med Ciudad de la Habana. [Internet] jul.-set. 2012 [Citado 2017/4/20]; 40(3): [aprox. 4p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232001000300002

37. Fiore M C , Jaén C R , Baker T B , Bailey W C , Bennett G , Benowitz N L et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline [monografía en Internet]. Rockville, M D : U.S. Department of Health and Human Services. PublicHealthService; 2008 [acceso 4 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
38. Unidad de prevención del tabaquismo. II Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Periodo 2011-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [Internet] 2016 [citado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/II_Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf
39. Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Salud Pú b [Internet]. 2011 Mar [citado 23 de marzo de 2019]; 37(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_01_11/spu10111.htm
40. Cedeño Morales M F. Intervención educativa para disminuir el hábito de fumar en pacientes de la Comunidad Bongo II. [Tesis para optar por el título de Especialista en primer grado de Medicina General Integral] Media Luna. Policlínico Raúl Podio Saborit; 2015.
41. Cardentey García J. El tabaquismo: un flagelo para la humanidad. Archivo Médico. Camagüey [Internet]. 2016 [citado 2018/12/10]; 20(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4053>
42. Espinosa Roca A, Espinosa Brito A. Factores de riesgo asociado en los fumadores. Resultados de la Medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos. Rev cubana med Ciudad de la Habana. [Internet] jul.-set. 2012 [Citado 2017/4/20]; 40(3): [aprox. 4p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232001000300002
43. Fiore M C , Jaén C R , Baker T B , Bailey W C , Bennett G , Benowitz N L et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline [monografía en Internet]. Rockville, M D : U.S. Department of Health and Human Services. PublicHealthService; 2008 [acceso 4 de

febrero de 2013]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

44. Unidad de prevención del tabaquismo. II Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Periodo 2011-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [Internet] 2016 [citado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/II_Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Acepto participar en la presente investigación con el objetivo de determinar el comportamiento del tabaquismo en los adultos jóvenes en el área de salud Abreus en el período comprendido de enero de 2017 a enero de 2018, habiendo aclarado todas las dudas al respecto y sin que se afecte la relación médico paciente.

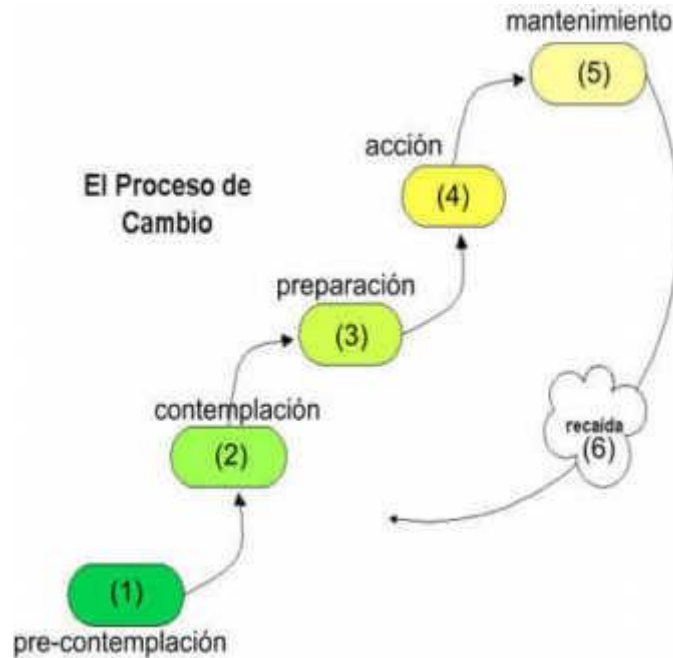
Además, con la seguridad de que toda la información será confidencial, solo con fines científicos del autor y que se me permitirá retirarme de la investigación si así lo deseo, sin que ello implique consecuencias negativas hacia mi persona.

Para que así conste firmo la presente el día ___ del mes _____ del año _____.

Nombre y firma del médico

Nombre y firma del entrevistado

ANEXO 2 Evaluación de la motivación: determinación de la etapa de cambio. Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente.



Lo importante de este modelo es que considera al dejar de fumar como un proceso por el cual el paciente va pasando hasta llegar a la finalización. El motor de este proceso es la motivación. La recaída es parte del proceso. Una persona que sufre una recaída, vuelve a alguno de los estadios anteriores.

Precontemplación: en este momento no está pensando en dejar de fumar, ni piensa en la posibilidad; le gusta fumar y lo hace, es el único estadio consonante.

Contemplación: es el momento ambivalente, está pensando en dejar de fumar, pero encuentra excusas para no hacerlo.

Preparación: esta persona se encuentra lista para dejar de fumar en el próximo mes.

Acción: deja de fumar; ésta es la persona que va a entrar en abstinencia.

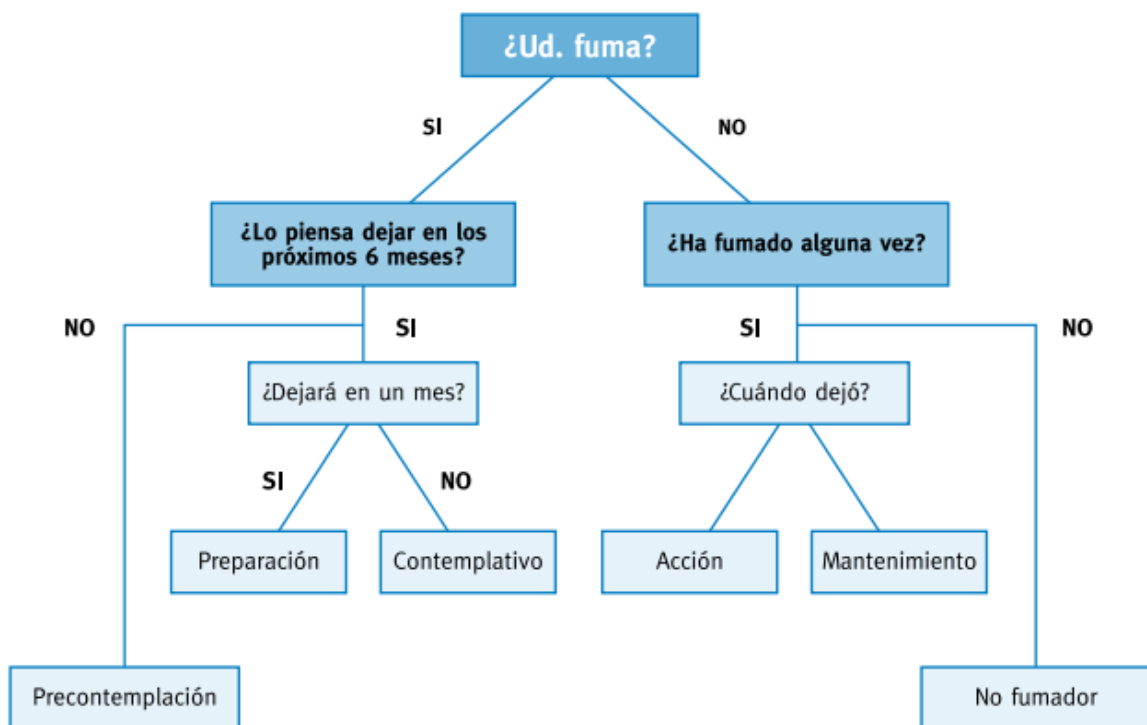
Mantenimiento: ha dejado de fumar, continúa en este estadio y a veces no sale de él, siempre sigue con los deseos de fumar ante determinadas

circunstancias. En otros casos no vuelve a sentir deseos de fumar, por lo que entra en el estadio siguiente.

Finalización: no tiene más deseos de fumar, se considera "curado", cosa que depende de la motivación, el entorno y la persona, es un ex fumador.

Recaída: es parte del proceso de dejar de fumar, al recaer, y puede volver a cualquiera de los estadios.

Con unas simples preguntas se puede evaluar el estadio en que se encuentra el paciente.



ANEXO 3

ENCUESTA

1. Edad:

19-25 años____ 26-35 años____ 36-45 años____
46-55 años____ 56 a 65 años

2. Sexo:

Femenino____ Masculino____

3. Ocupación:

Estudia----- Trabaja----- no realiza ninguna labor-----

4. Nivel escolar terminado

Primaria----- secundaria----- preuniversitario----- universitario-----

Técnico medio-----

5. Padece alguna enfermedad como:

___ Hipertensión Arterial

___ Asma Bronquial

---- Acides

----- IRA a repetición

----- Úlcera gástrica

----- Trastornos circulatorios

-----Trastornos de fertilidad

----Abortos frecuentes

----- Ninguno

ANEXO 4

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DEL TABAQUISMO Y SUS EFECTOS

DAÑINOS A LA SALUD:

Favor de responder a las siguientes preguntas con detalle en el espacio disponible. Si no sabe cómo responder, puede solicitar ayuda o simplemente escribir "No sé."

1. Mencione las enfermedades y complicaciones específicas a la salud (3) que pueden presentar las personas que usan regularmente uno o más productos de tabaco.
2. Explique el/los efectos(s) que produce el fumar en los pulmones. (3)
3. Explique el/los efectos(s) que produce el fumar en el corazón y las arterias. (3)
4. Explique el/los efectos(s) que produce el fumar a la salud reproductiva femenina y las mujeres embarazadas. (3)
5. En su opinión, ¿cuál sería el daño a la salud más grave de usar los productos de tabaco (no necesariamente tiene que relacionar con los temas de preguntas 3 y 4)? Explique.
6. Marque con una X las afectaciones que usted considera tiene el tabaquismo para la salud:

----- En el Aparato Respiratorio eleva el riesgo de padecer cáncer de pulmón, disminuye la función pulmonar favoreciendo la aparición de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y en los provoca agudizaciones de las crisis.

----- En el embarazo hay mayor riesgo de sufrir complicaciones y de tener un parto prematuro, hijos con bajo peso al nacer y en ellos es más frecuente la muerte súbita del neonato.

-----En el Aparato Cardiovascular predispone a la enfermedad vascular periférica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y al infarto agudo de miocardio, mayor riesgo de desarrollar una hipertensión vascular renal maligna y un mayor riesgo de trombosis vascular.

----- En la piel pálida, seca, y se arruga más fácilmente, las manos, dedos y uñas amarillos.

----- Esfera sexual: cambios morfológicos en los espermatozoides, disminución de la potencia sexual, infertilidad, menopausia precoz.

----- En el Aparato Digestivo disminuye la secreción pancreática, favorece la aparición de la úlcera gástrica y de acidez retroesterna.

-----Provoca destrucción de la dentadura (estomatitis, gingivitis y acumulación de sarro en los dientes), el cáncer en la cavidad oral (en lengua, glándulas salivales).

-----Trastornos ginecológicos en las mujeres la primera menstruación se retrasa y la menopausia se adelanta, el período fértil se reduce por las modificaciones ováricas.

----- En las mujeres son más comunes los tumores del cérvix y de la vulva que en las no fumadoras, así como la osteoporosis.

----- El tabaquismo causa también enfermedad y muerte en los no fumadores expuestos al humo ajeno.

Después de lo aprendido sobre los daños ocasionados por el tabaco a su organismo ¿desea abandonar este nocivo hábito mediante la asistencia a la consulta de cesación tabáquica?

___si

___no

Interpretación:

De 6 a 3 respuestas correctas: adecuado nivel de conocimiento.

De 3 a 1 respuesta correcta: inadecuado nivel de conocimientos.

ANEXO # 5

TEST DE DEPENDENCIA

Test de Fagerström

1. ¿Cuánto tarda en fumar el primer cigarrillo después de levantarse por la mañana?

- a. 5 minutos (3)
- b. 6-30 minutos (2)
- c. 31-60 minutos (1)
- d. Más de 60 minutos (0)

2. ¿Le cuesta no fumar en lugares donde está prohibido (cine, autobús, establecimientos sanitarios)?

- a. Sí (1)
- b. No (0)

3. ¿A cuál cigarrillo le costaría más renunciar?

- a. El primero de la mañana (1)
- b. Otros (0)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- a. 31 o más (3)
- b. 21-30 (2)
- c. 11-20 (1)
- d. 10 o menos (0)

5. ¿Fuma más durante las primeras horas del día que durante el resto?

- a. Sí (1)
- b. No (2)

6. Si está tan enfermo que se queda en la cama, ¿fuma?

- a. Sí (1)
- b. No (0)

Interpretación

< 4 puntos Dependencia baja,

4-7 puntos Dependencia moderada

> 7 puntos Dependencia alta

A N E X O # 6

Propuesta de intervención educativa:

TÍTULO DE LA ESTRATEGIA:

Tabaquismo ¿amigo o enemigo?

Dra. Divianne Vega Saez

Residente de 3er año de la Especialidad de Medicina General Integral

Datos informativos

Institución ejecutora: Policlínico: "Tomás Romay Chacón"

Provincia: Cienfuegos.

Municipio: Abreus

Área de salud: Yaguaramas

Consultorio médico de la familia número 2

Datos generales:

- Tema: Conocimiento del tabaquismo
- Grupo al que va dirigido: Población fumadora del consultorio número 2 de Yaguaramas.
- Lugar de ejecución: aula del Policlínico Tomás Romay Chacón.
- Frecuencia de ejecución : un encuentro semanal durante 5 semanas
- Duración: 30 minutos.
- Responsable: Dra. Divianne Vega Saez

O b j e t i v o :

Aumentar los conocimientos sobre los daños a la salud que provoca el tabaquismo y motivar al abandono del hábito de fumar acudiendo a la consulta de cesación tabáquica.

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s :

1. Mejorar el nivel de conocimientos sobre los daños ocasionados al organismo por el tabaquismo.
2. Aumentar el deseo de abandonar el hábito de fumar acudiendo a la Consulta de Cesación Tabáquica.

M a t e r i a l e s :

1. Pizarra
2. Computadora
3. Videos
4. Fotos

JUSTIFICACIÓN

La población perteneciente al consultorio número dos se caracteriza por ser rural, donde se mantiene vigentes costumbres y se valora a la familia como el núcleo central de la sociedad. Esto conlleva a la aparición de fortaleza, pero también debilidades que influyen negativamente sobre la salud entre ellas el tabaquismo. En el lugar de nuestro estudio, el rol del Médico General Integral es fundamental a pesar de verse apoyado por diversas especialidades. Es el Médico de familia el encargado de corregir los patrones nocivos orientando a la población hacia estilos de vida más saludables.

Al evaluar las atenciones prestadas se evidencia que existe un gran porcentaje de pacientes en los que el tabaquismo forma parte de su vida cotidiana y no existe una percepción de riesgo adecuada ni una motivación para abandonar el hábito de fumar. Es muy importante elevar el conocimiento sobre riesgo que representa esta adicción para la salud humana y las repercusiones en el organismo de los pacientes fumadores. Lo cual fue la justificación fundamental para diseñar la presente estrategia educativa.

ENCUENTRO 1

O b j e t i v o s	C o n t e n i d o s	T é c n i c a e d u c a t i v a	R e c u r s o s	R e s p o n s a b l e	L u g a r
-C a p t a r l a a t e n c i ó n d e l a a u d i e n c i a -E x p l o r a r l o s c o n o c i m i e n t o s s o b r e e l t a b a q u i s m o q u e t i e n e l o s p a c i e n t e s -A p l i c a c i ó n d e l t e s t d e d e p e n d e n c i a .	-V i d e o s o b r e e l t a b a q u i s m o -a p l i c a c i ó n d e l o s t e s t	C h a r l a y d e m o s t r a c i ó n	C o m p u t a d o r a	D r a . D i v i a n n e V e g a S a e z	A u l a d e l P o l i c l í n i c o T o m a s R o m a y C h a c ó n

ENCUENTRO 2

O b j e t i v o s	C o n t e n i d o s	T é c n i c a e d u c a t i v a	R e c u r s o s	R e s p o n s a b l e	L u g a r
Proveer del conocimiento sobre las afectaciones pulmonares del tabaquismo en la calidad de vida de un paciente fumador	-Mostrar imágenes sobre lesiones pulmonares frecuentes en fumadores	Charla y demostración	Computadora	Dra. Divianne Vega Saez	Aula del Policlínico Tomas Romay Chacón

ENCUENTRO 3

O b j e t i v o s	C o n t e n i d o s	T é c n i c a e d u c a t i v a	R e c u r s o s	R e s p o n s a b l e	L u g a r
Proveer del conocimiento sobre las afectaciones ocasionados por el humo del cigarro en un fumador pasivo logrando así sensibilizar al paciente respecto al daño que puede sufrir la salud familiar.	-Mostrar imágenes sobre lesiones frecuentes en fumadores pasivos	Charla y demostración	Computadora	Dra. Divianne Vega Saez	Aula del Policlínico Tomas Romay Chacón

ENCUENTRO 4

O b j e t i v o s	C o n t e n i d o s	T é c n i c a e d u c a t i v a	R e c u r s o s	R e s p o n s a b l e	L u g a r
Proveer del conocimiento sobre afecciones buco dentales, cardiovascular, gastrointestinales, reproductivos y oncológicos más comúnmente asociados al tabaquismo	-Mostrar video sobre lesiones frecuentes en fumadores por sistemas de órganos	Charla y demostración	Computadora	Dra. Divianne Vega Saez	Aula del Policlínico Tomas Romay Chacón

ENCUENTRO 5

Objetivos	Contenidos	Técnica educativa	Recursos	Responsable	Lugar
Brindar información sobre importancia del abandono del hábito haciendo especial énfasis en el interés que tiene el Sistema de salud cubano en aportar el apoyo necesario a los fumadores mediante la asistencia a la Consulta de Cesación Tabáquica.	-Señalar estadísticamente la mejoría en la calidad de vida de los fumadores al abandonar el hábito. -reiterar la importancia de una adecuada orientación cuando se trata de cese de una adicción. - se decide invitar a los Profesores del GBT encargados de la consulta para que den a los participantes una idea general de las acciones a realizar con los pacientes y los resultados obtenidos en el área de salud a lo largo de los años	Charla	Pizarra	Dra. Divianne Vega Saez	Aula del Policlínico Tomas Romay Chacón

	de establecida la consulta.				
--	--------------------------------	--	--	--	--

