

Universidad de Ciencias Médicas de Holguín
Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”
Policlínico “Fray Benito”

Intervención educativa sobre tabaquismo en pacientes fumadores del CMF 16. Fray Benito. Enero – Diciembre. 2020.

Autor: Dr. José Ariel Guerra Ruiz^{*}

Tutora: Dra. Norisleysis García Verdecia^{**}

Asesora: Dra. Alina María Pérez Pérez^{***}

* Residente de Medicina General Integral.

** Especialista en 1^{er} grado de Medicina General integral

*** Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral

Profesora Instructora

Master en Longevidad Satisfactoria

TESIS PARA OPTAR POR LA CONDICIÓN DE ESPECIALISTA DE MEDICINA
GENERAL INTEGRAL

Rafael Freyre, 2021

“Año 63 de la Revolución.

Agradecimientos:

Quisiera agradecerle a mi tutora por enseñarme y guiarme en esta investigación y a todas aquellas personas que de una forma u otra hicieron posible la realización de la misma.

Índice

Contenido	Páginas
Introducción	1
Objetivos	5
Marco Teórico	6
Diseño Metodológico	15
Análisis Y Discusión De Los Resultados	21
Conclusiones	27
Recomendaciones	28
Referencias Bibliográficas	29
Anexos	

Resumen:

Introducción: El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso de su consumo. En Cuba el 35% de sus habitantes son fumadores.

Método: Se realizó un estudio de tipo cuasi experimental, de intervención educativa a pacientes fumadores pertenecientes al Consultorio Médico de Familia de la "La Lima" de enero a diciembre de 2020; con el objetivo de aplicar una estrategia de intervención educativa que incremente en un 30 % la percepción del riesgo de los efectos nocivos del tabaquismo. El universo estuvo compuesto por 71 pacientes; la muestra quedó constituida por 57 pacientes.

Resultados: En la distribución según edad de fumadores del Consultorio Médico de la Familia La Lima de enero a diciembre del 2020, predominó el sexo masculino, el grupo de 40 a 51 años, los que fumaron por más de 10 años y la cantidad diaria de 11 a 20 cigarrillos.

Sobre las enfermedades asociadas al Tabaquismo, hubo un predominio de la HTA y la Cardiopatía isquémica. La disposición de los pacientes para dejar la adicción antes de la intervención educativa era baja, y después se incrementó significativamente. Los conocimientos acerca de los efectos nocivos del tabaquismo, se incrementó una 3 veces con respecto a antes de la intervención,

Conclusiones: Se incrementó más del 30% la percepción del riesgo de los efectos nocivos del tabaquismo en el Consultorio médico de Familia La Lima en 2020.

Introducción:

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor.^{1, 2}

Los primeros europeos que llegaron al continente americano observaron que los indígenas fumaban en pipa las hojas del tabaco, e introdujeron esta práctica en Europa a mediados del siglo XVI. Casi todo el tabaco se consumía en pipas, puros o como rapé, un polvo que se consume aspirándolo por la nariz. Este modelo cambió a comienzos del siglo XX, cuando cada fumador venía consumiendo más de 1.000 cigarrillos al año.³⁻⁵

La actitud general de la sociedad era que el tabaco aliviaba tensiones y no tenía efectos nocivos. Durante la II Guerra Mundial los médicos recomendaban enviar cigarrillos a los soldados, por lo que se incluyeron en los lotes de raciones. Pero las investigaciones clínicas y de laboratorio han demostrado desde entonces que el consumo de tabaco representa un riesgo para la salud.⁶

El humo del tabaco contiene más de 4.000 sustancias, algunas de las cuales son tóxicas y al menos 60 se sabe o se sospecha que son carcinógenas. La nicotina, el principio activo del tabaco, es tóxica y altamente adictiva. En los países industrializados, el tabaquismo se ha convertido en la primera causa de mortalidad evitable.⁷⁻⁹

En el mundo de hoy las drogodependencias constituyen un grave problema para la humanidad del que no escapa prácticamente ningún país y que afecta a millones de personas sin distinción de sexo, cultura o latitud.¹⁰

Fumar cigarrillos constituye la forma predominante de adicción a la nicotina en todo el mundo. Actualmente la mayoría de los cigarrillos en el mercado mundial contienen entre 1 y 2 miligramos (mg) o más de nicotina³. Al inhalar el humo, el fumador promedio ingiere 0,8 mg de nicotina por cigarrillo. De las aproximadamente 3000 sustancias que contiene el cigarrillo, solo la nicotina crea dependencia.¹¹⁻¹⁴

El tabaco es adictivo debido principalmente a su componente activo, la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central. El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo. La nicotina genera adicción, pero tiene efectos antidepresivos y de alivio sintomático de la ansiedad^{5, 6}. No se utiliza en farmacia, porque en la segunda mitad del siglo XX se

descubrieron antidepresivos más eficaces y que no crean adicción. Tampoco se emplea para el alivio sintomático de la ansiedad, salvo en casos excepcionales, porque los benzodiacepinas, que son el tipo de tranquilizantes más utilizado, también crean dependencia, pero se consideran más eficaces y menos nocivas.¹⁵

Según la OMS existen en el mundo unos 1300 millones de fumadores (2018), y cada día, 100 mil jóvenes menores de 18 años comienzan a fumar. Casi 1000 millones de hombres fuman en el mundo y alrededor de 250 millones de mujeres lo hacen. Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma mayor proporción es el comprendido entre 30 y 49 años.¹⁶⁻¹⁹

A nivel mundial China es el mayor productor y consumidor de tabaco. Hay más de 300 millones de fumadores en el país, casi un tercio del total mundial^{10, 20}. Sin embargo la tasa más alta de fumadores en el mundo es la de Kiribati, con casi dos tercios de los hombres y más de un tercio de las mujeres; seguido de Montenegro, con una tasa de fumadores de un 46%, el país de los Balcanes tiene una población de 663 000 mil habitantes y cada adulto consume una media de más de 4124 cigarros al año.²¹⁻²⁵

Grecia ocupa el tercer lugar con la tasa de tabaquismo más alta, allí más de la mitad de la población masculina y el 35% de las mujeres fuma de manera regular. En cuarto y quinto lugar respectivamente con la tasa más alta de personas fumadoras se encuentra Timor Oriental con casi el 80% de sus hombres atrapados en el hábito, el más alto del mundo, pero el 6% de las mujeres fuman allí; y Rusia con casi el 60% de la población masculina mayor de 15 años y el 23% de las mujeres adictos a esta sustancia^{26, 27}.

En América Latina el país que ocupa el primer puesto con la tasa de fumadores más alta de la región es Bolivia con casi el 40% de su población. En segundo lugar está Chile con el 37%.^{10, 28}

La epidemia de tabaquismo es una de las mayores amenazas para salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a más de 8 millones de personas al año, de las cuales 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1,2 millones son no fumadores expuestos al humo ajeno¹³. Actúa sinérgicamente con otros factores

de riesgo cardiovasculares, como hipertensión mal controlada, diabetes e hiperlipidemia con aumento de la morbilidad y la mortalidad^{14, 29, 30}.

Se ha demostrado que fumar cigarrillos acelera la aterogénesis y precipita eventos cardiovasculares. Esto se traduce en un importante problema de salud, por lo que la OMS ha declarado el tabaquismo como la principal causa de muerte anticipada evitable del mundo occidental.^{9,31-33}

Se estima que la mitad de los fumadores crónicos llegan a perder la vida a causa del tabaco, muchos de ellos cuando todavía están en plena etapa productiva. La "sobrevivencia" de los fumadores se puede acortar en un tiempo que oscila entre 10 a 15 años, y eventualmente, algo más. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer, y es la principal causa del 95% de los cánceres de pulmón, del 90% de las bronquitis y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares.^{20, 34}

Es factor de riesgo en enfermedades respiratorias, y es especialmente perjudicial durante el embarazo. Además, no sólo perjudica a los fumadores, sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos). Este tipo de fumadores son los que consumen, involuntaria o inevitablemente, el humo de una persona fumadora, aun sin consumir ellos mismos ningún tipo de cigarro, pipa u otro instrumento para tal efecto. Se dice que a los fumadores pasivos les afecta más el cigarro que a los fumadores activos.^{14, 35}

El control del tabaquismo en Cuba comenzó en 1960, con la prohibición de la publicidad, seguido de la colocación en los envases de las cajetillas de cigarro, de la información sobre la nocividad de su consumo, hasta que se lanzó la campaña contra el hábito de fumar en 1985 que devino luego Programa Nacional.¹⁵

Se prevé que la mortalidad asociada con el tabaquismo en el año 2025 será 50% mayor que la mortalidad asociado con el VIH / Sida. En general, el tabaquismo se prevé que será responsable de un 10% de las muertes globales.^{20, 36}

Por todo esto, aflora la necesidad inmediata de combatir enérgicamente esta problemática ya que es algo que nos ha tocado a las puertas y, por ende, de llevar adelante un plan de acción dirigido a la prevención y control de uno de los hábitos más dañinos que repercute en nuestra comunidad, con una estrecha vinculación

intersectorial para erradicar totalmente esta situación y de esta forma garantizar que nuestra población viva con seguridad plena, paz y armonía.

Planteamiento del Problema

¿Cómo disminuir el hábito de fumar en pacientes del CMF 16? Fray Benito. Enero – Diciembre. 2020?

Justificación del problema:

Los efectos perjudiciales provocados por el tabaquismo a la salud, causante de enfermedades como el Cáncer de pulmón, la Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica y el bajo peso al nacer por solo citar algunas, y el alto número de fumadores en la población de “La Lima”, según el Análisis de la Situación de Salud del CMF 16, perteneciente al área de salud de “Fray Benito”, en el período comprendido de julio a diciembre de 2019, nos lleva a la búsqueda de una herramienta, que nos permita disminuir el hábito de fumar en la población antes referida.

Hipótesis:

La aplicación de una estrategia educativa, que incremente la percepción del riesgo de los efectos nocivos que trae consigo el tabaquismo, disminuirá el hábito de fumar.

En el área de salud de Fray Benito existe un excelente trabajo por parte del Departamento de promoción y prevención, pero en ocasiones el difícil acceso a consultorios ubicados en lugares distantes del policlínico como es el CMF 16. Fray Benito y las dificultades con el transporte no permiten que actividades de intervención educativa sean realizadas con mayor frecuencia, por lo que este trabajo se encarga de llenar esta brecha, ya que el Médico de Familia del Consultorio es el encargado de aplicar una estrategia de intervención educativa, que disminuya el hábito de fumar.

Objetivos:

Objetivo General:

-Aplicar una estrategia de intervención educativa que incremente en un 30 % la percepción del riesgo de los efectos nocivos del tabaquismo en el CMF 16. Fray Benito. Enero – Diciembre. 2020.

Objetivos Específicos:

-Distribuir a los pacientes según: edad, sexo, tiempo de hábito de fumar, cantidad de cigarros que se fuma diariamente, enfermedades asociadas y disposición para abandonar la adicción al tabaco.

-Evaluar el conocimiento que tienen los pacientes acerca de los efectos nocivos sobre la salud que provoca el tabaquismo, antes y después de la intervención educativa.

Marco Teórico

Tabaco: Componentes.

Cada cigarrillo contiene entre 7 y 20 mg de alquitrán y produce 80 cm³ de monóxido de carbono, que reduce en 10% la capacidad de transporte de oxígeno sanguíneo. Entre las 4000 sustancias químicas que se encuentran en los cigarrillos de hoy, más de 40 producen cáncer.³⁷

Los filtros de los cigarrillos (las colillas) están hechos de acetato y no son biodegradables, es decir, permanecen en el ambiente antes de degradarse. En el humo del cigarrillo se pueden encontrar sustancias tóxicas como la nicotina, monóxido de carbono, acetona, amoníaco, tolueno, ácido acético, Ddt, metano, formaldehído; como también se encuentran las sustancias cancerígenas como el benzopireno, el arsénico, el níquel, 1 – naftilamina, 4 – aminodifenil, polonio – 210, clorato de vinil uretano, cadmio, anilina.³⁸

Nicotina: veneno potentísimo que actúa directamente sobre el sistema cardiovascular a nivel de las arterias pequeñas y de los capilares que producen una vasoconstricción, es decir, disminuye el diámetro de las arterias y en consecuencia dificulta y reduce la cantidad de sangre circulante. Esto va a provocar un esfuerzo al corazón que se ve obligado a latir más veces por minuto (taquicardia) para llevar la misma cantidad de sangre a los tejidos. Por otra parte, actúa sobre el sistema nervioso central. Produciendo una excitación seguida de depresión.

Monóxido de carbono: es uno de los gases del humo del cigarrillo. Atraviesa con facilidad las paredes de los alvéolos pulmonares e impide que la sangre recoja en ellos la cantidad normal del oxígeno. Por eso, el corazón se ve obligado a bombear con mayor fuerza y trabajo.³⁹

Acetona: la acetona se usa en la fabricación de plásticos, fibras, medicamentos y otros productos químicos. También se usa para disolver otras.

Amoníaco: el amoníaco es un gas incoloro con un olor característico. Se usa en muchos productos de limpieza domésticos e industriales, y en productos para limpiar vidrios. El amoníaco se aplica directamente al suelo en terrenos agrícolas, y se usa para fabricar abono para cosechas agrícolas y plantas.

Polonio 210: el Polonio-210 viene de los fertilizantes fosfatados que se utilizan en las plantaciones de tabaco y que es absorbido por las raíces y acumulado en las hojas; persiste en el proceso de secado e industrialización y al fumar queda atrapado en la mucosa bronquial. Un fumador de paquete y medio de cigarrillos por día recibe en los bronquios 400 rads de radiaciones alfa por año, lo que equivale a 300 radiografías de tórax, es decir, casi una por día.

Cadmio: el cadmio es una sustancia natural en la corteza terrestre. Generalmente se encuentra como mineral combinado con otras sustancias tales como oxígeno, cloro, o azufre. Tiene muchos usos incluyendo baterías, pigmentos, revestimientos para metales, y plásticos. El cadmio y sus compuestos son carcinogénicos.

Anilina: la anilina es un líquido entre incoloro y ligeramente amarillo de olor característico. Es usada para fabricar la espuma de poliuretano, productos químicos agrícolas, tinturas sintéticas, antioxidantes, estabilizadores para la industria del caucho, herbicidas y barnices y explosivos.

Tolueno: el tolueno se usa en la fabricación de pinturas, de diluyentes de pinturas, barniz para las uñas, lacas, adhesivos y gomas, en ciertos procesos de imprenta y cultivo de cuero.

Ddt: es un insecticida liposoluble, que sólo se disuelve en sustancias grasas, no se elimina en la orina y se acumula en los tejidos grasos. Hace tiempo que se dejó de usar por su persistencia en el medioambiente.

Metanol: es el alcohol más sencillo. Es un líquido ligero, volátil, incoloro, inflamable y tóxico que se emplea como anticongelante, disolvente y combustible.

Benzopireno: el benzopireno es un hidrocarburo poli cíclico aromático. El a-benzopireno es uno de los derivados de mayor factor de riesgo, tras largos períodos de consumo, puede desencadenar desórdenes celulares produciendo cáncer.

Arsénico: los compuestos inorgánicos de arsénico se usan principalmente para preservar madera. Los compuestos orgánicos de arsénico se usan como pesticidas. El arsénico no puede ser destruido en el medio ambiente. Como compuesto, el

arsénico puede ser tóxico, es por eso que es aplicado comúnmente en el veneno de ratas.³⁹

Antecedentes Históricos del tabaco

La planta del tabaco es originaria de América; el hombre la ha usado para inhalar el humo de sus hojas desde hace aproximadamente 2,000 años. El componente químico principal de la hoja del tabaco y que la hace adictiva, es la nicotina, sustancia que farmacológicamente tiene un efecto doble, pues resulta estimulante y sedante a la vez.¹⁵⁻¹⁷

Es adictiva porque produce una sensación placentera al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central.²⁷

La nicotina es absorbida fácilmente a través de la piel, las mucosas y los pulmones; la forma más frecuente de administración es inhalada, absorbiéndose a través de las mucosas de la boca y las vías aéreas para llegar al plasma en donde alcanza niveles suficientes para atravesar la barrera hematoencefálica y llegar a los núcleos dopaminérgicos pocos segundos después de su contacto con el organismo, lo que proporciona al adicto efectos placenteros muy rápidamente.³³

La vía inhalada proporciona efectos casi inmediatos al fumador, pues en un lapso de apenas siete segundos puede inducir una sensación de alerta, acompañada de cierta relajación muscular 11 debido a la activación del sistema de recompensa del núcleo accumbens, con elevación de los niveles séricos de glucosa y liberación de catecolaminas.⁴⁰

El tabaco se descubrió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas. El conocimiento inicial en Europa se realizó por las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas y por el informe que el fraile Romano Pane le rindió al rey Carlos V en el año de 1497, en donde describía las virtudes medicinales de las hojas de tabaco. En 1497, Américo Vesputio lo señalaba como masticatorio por los indígenas en una de las islas de Venezuela. En 1510, los hombres de Colón llevaron las primeras semillas a España. Los indios ixoquis de Canadá lo fumaban en 1545.³⁷⁻⁴⁰

El tabaco ya se consumía por los indígenas de América desde la época pre colonial. Entre otros, los mayas lo empleaban con fines religiosos, políticos, así como medicinales. Los aztecas lo conocían como yetl y lo empleaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante. ⁴⁰

Para finales del siglo XVI, el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, principalmente gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales, de África, etc. Los turcos empezaron su cultivo en Tracia a mediados del siglo XVI, empleando la *Nicotiana rustica*, originaria de México.

Socialmente, el tabaco adquirió aceptación cuando el embajador de Francia, Jean Nicot, lo recomendó en su forma de polvo inhalado nasalmente, a la reina de Francia, Catalina de Médicis, como remedio en contra de sus frecuentes e intensas cefaleas; de hecho, la reina se hizo al hábito y la costumbre se extendió rápidamente entre los nobles de Europa, convirtiendo su uso en verdadera regla de etiqueta; en Francia, André Thevet, cosmógrafo, también tuvo que ver con la difusión de la planta y sus usos.

En 1558 lo mencionaba en Brasil con el nombre local de Petún. Para algunos, los ingleses son los responsables de que se popularizara la costumbre de fumar gracias a Sir Walter Raleigh, cortesano de Isabel I, percibiéndosele entonces como un distintivo de aristocracia. ^{11,17, 21}

El consumo de tabaco continuó extendiéndose; sin embargo, se adoptaron diversas políticas para penalizar y restringir su consumo; entre ellas, sobresale la excomunión dictada a los fumadores por los Papas Urbano VII, Urbano VIII, Inocencio X, Inocencio XII; físicamente más terribles resultaron las penas que iban desde el arresto hasta la horca y la decapitación, pasando por diversos tipos de mutilación, ejercidos en Dinamarca, Rusia, China y Turquía. ^{22,42}

Ya en 1619 Jacobo I, rey de Inglaterra, lo declaró nocivo en su documento *Misocarpus*; en 1635 fue prohibido por los frailes dominicos. En 1606 Felipe III decretó que el tabaco sólo podía cultivarse en Cuba, Santo Domingo, Puerto Rico y Venezuela y ordenó pena de muerte para los que vendieran semillas a los extranjeros. ²¹

Situación actual internacional, nacional y local:

Según estadísticas de la OMS, en el mundo fuman aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexo, el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres consumen una media de 14 cigarrillos por día. El 74 % de todos los cigarrillos se consumen en los países de bajo nivel de ingreso. Ello promueve a que sus gobiernos adopten acciones de salud como charlas educativas, conversatorios, divulgaciones preventivas, pancartas informativas, así como creación de círculos de fumadores que logren modificaciones en sus estilos de vida.^{2, 15, 27}

En Cuba, la prevalencia del tabaquismo ha sido considerada alta desde que se dispone de información al respecto. La iniciación global en el grupo de edad 20 a 24 años fue 22, 2 % y la prevalencia en adolescentes que han consumido cigarrillos alguna vez fue de 25 %. Al tomar como base esas cifras, entre 78 países miembros de la OMS, Cuba ocupa el lugar 28. ⁴¹

El tabaquismo es la causa de unos cinco millones de muertes anuales y se prevé que aumente a más de diez millones para el 2030. Es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores, relacionado con más de 25 enfermedades, se estima que la asociación causal entre este y la mortalidad las enfermedades cardiovasculares 25 % y 18 % con las cerebrovasculares. ^{2, 3, 9}

En la provincia Holguín, se calcula que la cifra de fumadores activos fue de 221300 personas en 2020, que representó el 18.44% de la población, por debajo de la media nacional. ⁴¹

En cuanto al municipio de Rafael Freyre en 2020, los fumadores dispensarizados fueron de 12250, que representó el 24.7% de la población, por encima de la media provincial. ⁴² Específicamente, en Fray Benito se dispensarizó a 3984 pacientes como fumadores activos en 2020, que representó el 23.5% de la población, similar proporción al del municipio. ⁴³

TIPOS DE TABAQUISMO

Siguiendo a Russell, podemos referirnos a siete estilos o tipos fundamentales de tabaquismo, aun estos se pueden incrementar si consideramos que en la práctica los tipos o estilos no aparecen puros, sino que por lo general se combinan. Los tipos en cuestión son:

1.-Psicosocial.

- ✓ Tipo de tabaquismo en el cual hay un predominio de los factores psicológicos y sociales asociados al hábito de fumar, por ejemplo, búsqueda de

aceptación, necesidad de crearse una imagen como un individuo adulto, un sujeto interesante., necesidad de ser considerado un sujeto con "personalidad".

- ✓ Pueden existir, igualmente, otras posibles identificaciones e imágenes con las cuales se puede asociar el fumar.

2.-Sensorio Motor.

- ✓ En estos sujetos, existe un predominio de toda una serie de rituales asociados al acto de fumar, tales como:la manipulación de la cajetilla del cigarro al prenderlo, darle golpes, jugar con el humo, y otros.

3.-Indulgente.

- ✓ En este caso, el fumar se asocia a momentos agradables de la vida cotidiana tales como: tomar café, actividad de sobremesa, ingerir bebidas alcohólicas y otras que resultan relajantes o placenteras para el sujeto.

4.- Sedante.

- ✓ El fumar se emplea como una forma o mecanismo reductor de la tensión.

5.-Estimulante.

- ✓ El sujeto tiene la impresión o la sensación de que el fumar lo provee de nuevas y mayores energías cuando se encuentra fatigado, cuando está realizando un trabajo que requiere pensar, concentrarse en determinado asunto, y en general cuando se siente que necesita de un "extra" para afrontar determinada actividad.

6.-Adictivo.

- ✓ En este grupo se encuentran, generalmente, los fumadores moderados (entre 15-24 cigarrillos por día) y los grandes fumadores (consumo de 25 o más cigarrillos diarios). Los fumadores que presentan este tipo de tabaquismo, son dependientes de la nicotina y fuman un cigarro cada 30 ó 45 minutos y a veces en períodos de tiempo menores a este.

7.-Automático.

- ✓ En esta categoría, se encuentran los fumadores que de manera automática realizan el acto de fumar; esto puede acontecer, a veces, por imitación de

alguien que prende un cigarro a su lado, o bien por la presencia de algún estímulo "disparador" como la presencia de un cenicero. ⁴³⁻⁴⁵

Tipos de consumidores de tabaco.

Son los fumadores propiamente dichos, las personas que fuman directamente el cigarro, que pueden llegar a sufrir una dependencia física y psicológica que va a generar un síndrome de abstinencia.

Clasificación de los fumadores:

- ✓ Fumador leve: Es el que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día. Tiene hasta 15 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón que la población no fumadora.
- ✓ Fumador moderado: Es el que fuma entre 6 y 12 cigarrillos promedio por día. Aumenta hasta 40 veces las probabilidades de cáncer de pulmón.
- ✓ Fumador severo: Fuma más de 13 cigarrillos por día en promedio. Incrementa hasta 60 veces la probabilidad de cáncer de pulmón. ^{16,25}

Factores que influyen en la iniciación al tabaquismo

Fumar, es una conducta socialmente aprendida, con diferencias individuales, familiares, económicas, culturales y sociales. Curiosidad natural, disponibilidad de cigarrillos, imitación de la conducta de padres, hermanos, amigos y familiares y deseo de aceptación social, son las causas fundamentales de iniciación al tabaquismo, cuando se encuentra en su etapa de experimentación. ⁴⁵

La curiosidad natural se da fundamentalmente en los niños, el grupo que prueba el primer cigarrillo antes de los 10 años de edad y son generalmente aquellos que se relacionan con fumadores en la familia y pueden acceder fácilmente a un cigarrillo.

15, 34, 43

Es cierto que en esta curiosidad también se encuentra implícita la imitación, pero es una imitación donde prima la intención de "probar lo que hacen" más que de "hacer lo que hacen". El ordenamiento de a quién imitar, depende de factores individuales y también sociales.

Indudablemente que los medios de comunicación social constituyen un elemento muy importante, tanto para crear la curiosidad en los niños, como para llevar a los

adolescentes a querer imitar patrones atractivos fabricados por la publicidad en el propósito de garantizar su mercado. ²⁸

En la etapa de habituación, los aspectos sociales tienen un peso importante, aunque obviamente la relación física y psicológica también juega su papel. Si el cigarrillo le hace sentir náuseas, tos o mareo, hay más probabilidad que cese en el empeño que si no sucede así. Pero independientemente la aprobación o rechazo que sienta a su alrededor en su nueva conducta, serán determinantes en que pueda llegar a la fase de mantenimiento y finalmente convertirse en fumador. ⁴⁶

Con relación a la iniciación al tabaquismo en niños y adolescentes, pueden resumirse los siguientes aspectos:

- Los fumadores comienzan la etapa de experimentación antes de los 10 años.
- Las niñas comienzan la fase de experimentación más tardíamente que los varones.
- La experimentación aumenta con la edad.
- Cuanto más se retrasa la edad de inicio, menor es la posibilidad de ser fumador.
- El porcentaje de niños y adolescentes que comienzan a fumar aumenta cada año.
- Comienzan a fumar más los que tienen padres, hermanos y amigos fumadores.
- Al menos dos terceras partes de los actuales fumadores, se iniciaron en el tabaquismo sin ser adultos. ⁴⁷

PRINCIPALES FACTORES QUE MANTIENEN EL HÁBITO

Entre los factores explicativos del mantenimiento del hábito de fumar tenemos:

1. Evitación de los síntomas asociados al síndrome de dependencia nicotínica mediante la administración de nuevas dosis de la misma tan pronto algunos de los síntomas mencionados hacen su aparición.
2. Diversos mecanismos psicológicos de recompensa, que se desarrollan y asocian con el hábito, tales como:
 - 2.1 Efectos relajantes que para muchos fumadores le provoca el fumar.
 - 2.2 Efectos estimulantes del fumar para un grupo de fumadores.
 - 2.3 El fumar como ayuda para mantener el peso y evitar la obesidad.
 - 2.4 El fumar como fuente de placer.
- 3.- Otros factores como los siguientes:
 - 3.1 Fumar por hábito, por costumbre.

3.2 La automatización y vinculación del fumar con actividades que sirven de estímulo discriminativo y de disparador, como: beber, tomar café y leer. ⁵⁰

CURSO

El curso de la dependencia tabáquica es variable. Algunos sujetos realizan intentos repetidos para el abandono del cigarrillo sin resultados exitosos, otros sujetos producto de alguna situación particular como el embarazo, enfermedad respiratoria o cardiovascular, hacen un esfuerzo por dejar de fumar totalmente y lo logran, pudiendo sobrepasar los efectos de la abstinencia que suele durar desde unos días hasta varias semanas.

En general, se ha encontrado que, durante los primeros seis meses, el índice de recaída es de un 50% y de un 70% durante los primeros doce meses. Se considera como muy poco probable la recaída después de un año de abstinencia. ⁴⁴⁻⁴⁹

Diseño Metodológico

Aspectos generales del estudio:

Se realizó un estudio de tipo cuasi experimental, de intervención educativa a pacientes fumadores pertenecientes al CMF 16. Fray Benito, de enero a diciembre de 2020.

Definición del universo de estudio:

Universo: Conformado por los 71 pacientes dispensarizados como fumadores pertenecientes al CMF 16. Fray Benito.

Muestra: Estuvo conformada por todos los pacientes fumadores pertenecientes al Consultorio Médico de Familia 16 correspondiente al Área de Salud de Fray Benito que cumplieron con los criterios de inclusión diseñados para la investigación.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes fumadores pertenecientes al CMF 16.
- ✓ Mayores de 16 años según carné de identidad.
- ✓ Voluntariedad del paciente mediante la firma del consentimiento informado. (Anexo I)

Criterios de exclusión:

- ✓ Analfabetismo funcional
- ✓ Problemas visuales no corregidos que impidan leer correctamente.

Después de aplicados estos criterios de inclusión y exclusión, quedaron para estudio 57pacientes, representando el 80.3 % del universo, ya que 8 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión y 6 cumplieron con los criterios de exclusión, por lo que fue una muestra significativa.

Criterios de salida:

- ✓ Fallecimiento durante realización del estudio.
- ✓ Negación a colaborar con la intervención, después de haber iniciado.
- ✓ Residencia temporal por más de 2 meses fuera del área del CMF.

Métodos:

- Sobre la obtención de la información:

Fuentes de Recolección de Datos:

Primaria

- Observación
- Encuesta (Anexo.VI)

Secundaria

- Historias Clínicas

Para dar salida al objetivo específico No.1 se seleccionaron los pacientes fumadores del CMF La Lima perteneciente al Policlínico Fray Benito, que cumplieron los criterios de inclusión; para su análisis se utilizaron las variables sociodemográficas: edad y sexo, al igual que otras: Tiempo fumando intermitentemente, Cigarros que fuma diariamente y Enfermedades asociadas; estos datos se obtuvieron mediante la observación, la encuesta, las Historias Clínicas y el examen físico.

Para conocer la disposición del paciente de abandonar la adicción al tabaco, que forma parte del objetivo específico No. 1, se hará mediante la aplicación de una encuesta, antes y después de la intervención. (Anexo.VI)

Se aplicó una encuesta que permitió evaluar el conocimiento que tenían los pacientes acerca de los efectos nocivos para la salud que tiene el tabaquismo, esto se hizo en dos momentos, antes de la intervención y luego de esta. (Anexo VII)

Técnicas de intervención educativa a realizar:

Se implementó un Programa de Intervención Educativa en los pacientes fumadores pertenecientes al CMF 16 del Policlínico de Fray Benito, el cual fue estructurado siguiendo las siguientes etapas: diagnóstica, intervención y evaluación. (Anexo VII)

Etapas Diagnóstica: Se les explicó a los participantes las características del estudio. A los que dieron su consentimiento informado para participar se les aplicó la encuesta inicial a través de la cual se obtuvieron los datos generales de cada participante y los conocimientos.

Etapas de intervención educativa: Una vez analizados los resultados se procedió a trazar la estrategia educativa a partir de un programa elaborado a tal efecto, con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre el tabaquismo. La intervención se realizó una vez en la semana, en el horario de la tarde, en un local preparado para la actividad. Para facilitar la aplicación del programa educativo se dividió el grupo en tres subgrupos.

Temáticas tratadas en el programa de intervención

- ✓ Tema I: Presentación del programa.

F. O. E: charla.

Tiempo: 1 hora.

- ✓ Tema II: Aspectos generales del tabaquismo.

F.O.E: conferencia.

Tiempo: 1 hora.

- ✓ Tema III: Factores de riesgo del tabaquismo.

F.O.E: Dinámica de Grupo

Tiempo: 1 hora.

- ✓ Tema IV: Enfermedades provocadas por el tabaquismo.

F.O.E: Conferencia.

Tiempo: 1 hora.

- ✓ Tema V: ¿Cómo prevenir la adicción?

F.O.E: debate.

Tiempo: 1 hora.

- ✓ Tema VI: Conclusiones.

F.O.E: taller.

Tiempo: 1 hora.

Etapas de evaluación: Una vez culminada la aplicación del programa educativo se aplicó nuevamente la encuesta inicial para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención, pero esta vez se eliminaron los datos generales. El conocimiento fue evaluado por la encuesta aplicada. Los sujetos marcaron con una X solamente la opción que consideren correcta en cada pregunta.

- Principales variables de medición de respuesta:

Las principales variables que se utilizaron para dar respuesta al problema científico planteado son la edad, el sexo, tiempo fumando intermitentemente, cigarrillos que se fuma diariamente, enfermedades más frecuentes asociadas y la disposición de los pacientes para dejar la adicción.

- Operacionalización de las variables:

Tabla I: Operacionalización de las variables:

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	16-27 28-39 40-51 52-63 +64	Edad en años según Carnet de Identidad	Frecuencia absoluta y por ciento
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Frecuencia absoluta y por ciento
Duración del hábito de fumar	Cuantitativa continua	1-5 6-10 Más de 10	Según cantidad de años fumando interrumpidamente	Frecuencia absoluta y por ciento
Cigarros que fuma diariamente	Cuantitativa discreta	1-10 11-20 21 y más	Según cantidad aproximada de cigarros que fuma diarios	Frecuencia absoluta y por ciento
Enfermedades asociadas	Cualitativa nominal politómica	-EPOC -Asma bronquial -Cáncer de pulmón -HTA -Cardiopatía isquémica	Según enfermedades más frecuentes asociadas al hábito de fumar. EPOC(Enfisema pulmonar obstructiva crónica)	Frecuencia absoluta y por ciento
Disposición de los pacientes para dejar la adicción	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según la disposición del paciente para dejar de fumar antes y después de la intervención	Frecuencia absoluta y por ciento
Conocimientos acerca de los	Cualitativa nominal	Adecuado	Si marca solo los incisos: a, b, d, e, f	Frecuencia absoluta y

efectos nocivos del tabaquismo	dicotómica	Inadecuado	Cuando no marca los incisos: a, b, d, e, f	por ciento
--------------------------------	------------	------------	--	------------

Duración del hábito de fumar: se determinará mediante la entrevista y se considerará como el tiempo desde que el paciente comenzó a fumar diaria y adictivamente.

Cigarros que fuma diariamente: se determinará mediante la entrevista y se considerará como la cantidad aproximada de cigarros que el paciente fuma en un día.

Enfermedades más frecuentes asociadas:

Asma bronquial: Es una enfermedad crónica, reversible espontáneamente o por tratamientos, caracterizada por hiperreactividad bronquial de origen multifactorial, que, en individuos susceptibles, ocasiona sibilancias, dificultad respiratoria, opresión en el pecho y tos de grado variable; es el resultado de una reducción de la luz bronquial por espasmo de la musculatura, edema e hipersecreción de moco.

Enfisema pulmonar: Está dado por el agrandamiento anormal y permanente de los espacios aéreos distales al bronquiolo terminal, acompañado por destrucción de los tabiques interalveolares, este paciente se presenta con disnea de esfuerzo con poca tos, que aparece cuando han transcurrido varios años de evolución de la enfermedad.

Cáncer de pulmón: Es el resultado de la interacción de factores exógenos y endógenos que pueden comportarse, tanto como factores carcinógenos o como factores promotores tumorales (que permiten el crecimiento excesivo de células con lesiones genéticas), es una enfermedad de evolución prolongada que se manifiesta con tos, expectoración al principio mucosa, para luego hacerse purulenta y llegar a ser fétida y punta de costado acompañadas de otros síntomas.

Hipertensión Arterial (HTA): Es la enfermedad que se produce cuando las cifras de tensión arterial, medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas, con intervalos de tres a siete días entre cada toma, se encuentran por encima de 140 mmHg de tensión arterial sistólica y 90 mmHg de tensión arterial diastólica.

Cardiopatía isquémica: Es una forma específica de afección miocárdica causada principalmente por insuficiencia coronaria aterosclerótica, la que se produce por el desequilibrio entre los requerimientos del músculo cardíaco y el flujo coronario. Se presenta como paro cardíaco, angina de pecho, infarto agudo del miocardio (IMA), insuficiencia cardíaca y arritmias.

Disposición de los pacientes para abandonar la adicción: Se determinará a través de una encuesta donde el paciente exprese su deseo de dejar el tabaquismo.

- Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar:

Los datos recopilados fueron llevados al programa Microsoft Office Excel y para su análisis se utilizaron las estadísticas descriptivas: distribución de frecuencias absolutas y por ciento, los resultados se plasmaron en tablas y fueron analizados y comparados con estudios realizados al respecto para llegar a conclusiones.

Las informaciones se procesaron a través de técnicas de estadística descriptiva. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas (números absolutos y porcentajes). El texto se procesó en el programa Microsoft Word 2015 y se confeccionaron una base de datos en Microsoft Excel 2015; ambos del ambiente operativo Windows 10.

-Aspectos éticos:

Se tomaron en cuenta el carácter estrictamente confidencial de los datos que se obtendrán, siguiendo los patrones éticos de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18^{va} Asamblea Médica Mundial y enmendada en Tokio (1975) y Hong Kong (1989).

Para aplicar la técnica de indagación se buscó apoyo en el consentimiento de cada paciente para ofrecer la información solicitada a través del cuestionario.

Se protegió la intimidad y la dignidad de los pacientes. Se aseguró la confidencialidad de los datos, la privacidad y anonimato y se ofreció la libertad de retirarse de la investigación a quien lo deseara.

Para más información, revisar Anexo II.

Análisis y Discusión de los Resultados:

Tabla 1: Distribución según sexo de fumadores. CMF 16. Fray Benito. Rafael Freyre. Enero a diciembre. 2020

Sexo	FA	%
Masculino	51	89,5
Femenino	6	10,5
Total	57	100,0

Fuente: Historias clínicas individuales

En la tabla 1 se muestra la distribución según sexo de fumadores, en la que predominó el sexo masculino, con 51 pacientes, representando el 89.5%, siendo un dato significativo. Aspecto que se da por el patrón cultural de que los hombres son los que más fuman.

Estos resultados coinciden con casi todas las bibliografías consultadas, como la investigación de Horner P del 2017 que plantea que esta es una enfermedad en su gran mayoría de hombres ⁴⁹. Así mismo coincidimos con Martínez González AE ⁴⁵, Ruíz-Risueño J ⁴⁶ y Pérez Ramos M ⁴⁷.

No coincidimos con Jiménez Rodrigo ML en su trabajo Mujeres y tabaco: la feminización del consumo de cigarrillos en España, que plantea que el sexo femenino representa en 40% de los fumadores ⁴⁴, quizá por diferencias culturales existentes.

Tabla 2: Distribución según edad de fumadores. CMF 16. Fray Benito. Rafael Freyre. Enero a diciembre. 2020

Edad	FA	%
16-27	9	15,8
28-39	11	19,3
40-51	14	24,6
52-63	12	21,0
+64	11	19,3

Total	57	100,0
--------------	-----------	--------------

Fuente: Historias clínicas individuales

En la tabla 2 que muestra la distribución según edad de fumadores, hubo un predominio del grupo de 40 a 51 años, que representó el 24.6%; el Segundo grupo más incidente fue el de 52 a 63 años, que representó el 21.0%. Aspecto que se debe al grado de envejecimiento poblacional y ser una población rural envejecida.

En cuanto a los grupos de edades coincidimos con los trabajos de Abreu G ⁵⁰ y Autón R.⁵¹ que plantean que los grupos de edades medias son los que prevalecen en los fumadores.

No coincidimos con el trabajo de Meneses C³⁶ que plantea que el grupo que más prevalece es el de jóvenes menores de 25 años, aunque estudia otros rangos de edades y la población estudiada tener menor esperanza de vida. Tampoco coincidimos con Suárez L. en su trabajo del 2018: Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba, que plantea que la mayor prevalencia es en el grupo de 30 a 40 años.⁵²

Tabla 3: Distribución según duración del hábito de fumar. CMF 16. Fray Benito. Rafael Freyre. Enero a diciembre. 2020

Duración del hábito de fumar	FA	%
1-5	19	33,3
6-10	17	29,8
Más de 10	21	36,8
Total	57	100

Fuente: Historias clínicas individuales

En la tabla 3, sobre la duración del hábito de fumar, predominó el grupo de los que fumaron por más de 10 años, que representó el 36.8% de los casos. Esto puede explicarse por lo arraigado que está el hábito de fumar en nuestra población.

Este resultado coincidió con algunos estudios como los de León Pérez A ³², Uribe JI ³⁵, Markez I⁴¹, en los que prevalecen los fumadores por más de 10 años, incluso los mayores

de 15 años con este hábito tóxico. No coincidimos solamente con la investigación de Pampel F ²⁴, en la que prevalecen los fumadores de 5 a 10 años de este hábito.

Tabla 4: Distribución según cigarros que fuman diariamente. CMF 16. Fray Benito. Rafael Freyre. Enero a diciembre. 2020

Cigarros que fuman diariamente	FA	%
1-10	17	29,8
11-20	21	36,8
21 y más	19	33,3
Total	57	100

Fuente: Historias clínicas individuales

En la tabla 4, sobre los cigarros que se fuman diariamente, se apreció que el grupo de 11 a 20 cigarrillos, con el 36.8%, aunque existió una distribución casi equitativa en los 3 grupos estudiados. Por lo que se puede decir que hubo un consumo medio de cigarrillos en nuestra población.

Sobre el número de cigarrillos fumados al día, coincidimos con algunos estudios, como los de Suárez L. en sus “Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba” ⁵²; que plantea que el promedio de consumo diario en los fumadores es de 1 cajetilla. También se coincidió con Markez I, en la investigación Diferencias en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en dos áreas españolas.⁵³

No coincidimos con la de Ruíz-Risueño J ²⁷, que plantea que el promedio se centra en más de 20 cigarrillos diarios. Tampoco coincidimos con Díez Piña JM. La importancia de la educación para la prevención del Tabaquismo, que plantea el consumo en más de 30 cigarrillos diarios promedios. ⁵⁴

Tabla 5: Distribución según enfermedades asociadas al Tabaquismo. CMF 16. Fray Benito. Rafael Freyre. Enero a diciembre. 2020

Enfermedades asociadas	FA	%
-HTA	26	45,6
-Cardiopatía isquémica	12	21,1
-EPOC	7	12,3
-Asma bronquial	4	7,0
-Cáncer de pulmón	2	3,5

Fuente: Historias clínicas individuales

En la tabla 5, sobre las enfermedades asociadas al Tabaquismo, hubo un predominio de la HTA, que estuvo presente en el 45.6% de los casos; seguido de la Cardiopatía isquémica, que representó el 21.1% de los casos. Esto pudo haberse debido al efecto aterogénico de los componentes del cigarro.

Con respecto a las enfermedades asociadas al tabaquismo, nuestros resultados coincidieron con Opaleye ES ¹², Suárez Lugo N ³⁷, León Pérez A ³², en el que la HTA es la que más prevalece en los fumadores. Otros como el de Calleja, N³⁸ plantea que la EPOC es la que más prevalece, por lo que no coincidimos.

Tabla 6: Distribución según disposición de los pacientes para dejar la adicción. CMF 16. Fray Benito. Rafael Freyre. Enero a diciembre. 2020

Disposición para dejar la adicción	Antes		Después	
	FA	%	FA	%
Sí	15	26,3	36	63,2
No	42	73,7	21	36,8
Total	57	100	57	100,0

Fuente: Encuestas

En la tabla 6, sobre la disposición de los pacientes para dejar la adicción antes y después de la intervención educativa, se pudo apreciar que antes la disposición era baja, de un 26.3% de los pacientes; lo que contrastó con los resultados después de la

intervención ascendió al 63.2%. Por lo que pudimos que fue efectiva la intervención educativa, y que el factor educativo es esencial para modificar estilos de vida negativas.

Con respecto a la disposición de los pacientes para dejar la adicción, las cifras no coincidieron con otros estudios como los de Díez Piña JM ³⁹, Pérez Ramos M⁴⁷ y Kostecky K⁴⁸, que plantean cifras de disposición para dejar la adicción después de la intervención educativa menores al 50%, es decir con una efectividad menor a la presentada en nuestra investigación.

Sí coincidimos con León Pérez A, en su Intervención educativa sobre tabaquismo en Holguín, en la que se duplicó la disposición de los pacientes para dejar la adicción después de la intervención educativa.³²

Tabla 7: Distribución según conocimientos acerca de los efectos nocivos del tabaquismo. CMF 16. Fray Benito. Rafael Freyre. Enero a diciembre. 2020

Conocimiento acerca de los efectos nocivos del tabaquismo	Antes		Después	
	FA	%	FA	%
Adecuado	12	21,1	38	66,7
Inadecuado	45	78,9	19	33,3
Total	57	100,0	57	100,0

Fuente: Encuestas

En la tabla 7, sobre el conocimiento acerca de los efectos nocivos del tabaquismo, se pudo apreciar que antes de la intervención educativa, solo un 21.1% de los fumadores tenía un conocimiento adecuado, que contrastó con los resultados posteriores a la intervención, que el 66.7% de los fumadores presentaron conocimiento adecuado, que representó a su vez un incremento de 3 veces del conocimiento, aspecto significativo en cualquier intervención educativa.

Esto también demostró la importancia de las actividades de promoción de salud y prevención de salud, aspecto deficitario a nivel general en las áreas de salud. Los niveles de conocimiento antes de la intervención coincidieron con los de Free C³¹, Suárez Lugo

N³⁷, y Pérez Ramos M⁴⁷, no así los niveles post intervención, que en todos estuvo en el rango del 50 al 60% de conocimiento adecuado. Solo coincidimos con León Pérez A³², con niveles de conocimiento post intervención superiores al 60%

Conclusiones:

- En la distribución según edad de fumadores del Consultorio Médico de la Familia 16, de enero a diciembre del 2020, predominó el sexo masculino, el grupo de 40 a 51 años, los que fumaron por más de 10 años y la cantidad diaria de 11 a 20 cigarrillos.
- Sobre las enfermedades asociadas al Tabaquismo, hubo un predominio de la HTA, y la Cardiopatía isquémica.
- La disposición de los pacientes para dejar la adicción antes de la intervención educativa era baja, y después se incrementó significativamente.
- El conocimiento acerca de los efectos nocivos del tabaquismo, se incrementó una 3 veces con respecto a antes de la intervención,
- Se incrementó más del 30% la percepción del riesgo de los efectos nocivos del tabaquismo en el Consultorio médico de Familia La Lima en 2020.

Recomendaciones

Recomendamos extender el estudio hacia el resto de las comunidades rurales pertenecientes al área de salud; así como a los otros hábitos tóxicos y continuar fomentando las medidas para lograr alcanzar las metas trazadas por nuestro Sistema Nacional de Salud con respecto a esta práctica.

Referencias Bibliográficas:

1. Farmacología General (Morón – Levy) Editorial Ciencias Médicas 2002; 134-9
2. Tabaco y salud: Situación en las Américas. OPS. 2016; 25-9
3. El 83% de los neumólogos consideran el tabaquismo una enfermedad crónica- Sociedad española de Neumología y Cirugía tóraca. 2018; 28-39
4. Beowitz NI. Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease. Pathophysiology and Implications for treatment. Prog Cardiovasc Dis. 2016; 24-9
5. Roy, Jean-Pierre -La neurobiologie de la dépendance à la nicotine- Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre Neurologue, Hôpital neurologique de Montréal - Canada . 2016; 29-39
6. American Lung Association 2019; 12-18
7. Simón Hergueta. El método rápido de dejar de fumar. Editorial Bubok 2019; 17-22
8. Rev Cubana Med Gen Integr v.23 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2017; 9-18
9. Baretto-Munoz-Reina. Adicción al tabaco y abandono del mismo. 2009, 15-26
10. Martinez E, Saldamiaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2017; 28-34
11. Álvarez Valdez N, Gálvez Cabrera. Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. Rev. Cub. Med. Gen integr. 2016; 28-41
12. Opaleye ES, Sanchez ZM, Gonçalves de Moura Y, Fernandes Galduróz JC, Polverini Locatelli D, Noto AR. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2019; 34(1): 43-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000100009&lng=en.
13. Valdés N, Sánchez S. El tabaco y los adolescentes. Tendencias actuales. División de salud y desarrollo humano. Washington: OPS; 2006; 10-25.
14. Otoño Fabelo Y, Peña Remiguo A, Álvarez Malpica C. Prevención de hábitos tóxicos desde la infancia. Rev. Cubana Enfermería. 2011; 17(3):173-81.
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000:48-49.
16. Verra F, Zabert G, Ferrante D, Morello P, Virgolini M. Consumo de tabaco en estudiantes de educación secundaria de Argentina. Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. 2009 Mar; 25(3): 227-233. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000300006&lng=en.

17. OMS. Evaluación y seguimiento de acciones públicas contra el tabaquismo. Criterios para evaluar el hábito de fumar. Ginebra: OMS(Serie Europea sin Tabaco); 2019; 21-35
18. Lazcano PEC, Tovar GV, Meneses GF, Rascón PARA, Hernández AM. Trends in lung cancer mortality in Mexico. Arch Med Res. 2017;28:565-70.
19. Artículo de la OMS: " Por primera vez el número de hombres que consumen tabaco está disminuyendo"2019, 24-32
20. Artículo de la OMS: "Día mundial sin tabaco". 2019, 16-28
21. Artículo de BBC news: "Día mundial sin tabaco ¿ Qué países fuman más y menos en el mundo? 2018, 26-42.
22. Organización Mundial de la Salud. Encuesta Nacional de Tabaquismo en jóvenes. Argentina: Organización Mundial de la Salud; 2012;18-26
23. Cables Fernández B, Cables Fernández D, Carracedo Pérez P, Fernández Peña I. Programa para la prevención de enfermedades periodontales por consumo del tabaco en adolescentes. CCM. [Internet]. 2013; 11-9 Supl 1.Disponible en: www.revcocmed.sld.cu/publicaciones
24. Pampel F, Legleye S, Goffette C, Piontek D, Kraus L, Khlat M. Cohort changes in educational disparities in smoking: France, Germany and the United States. SocSci Med. 2017; 21: 83-96.
25. Abad JR, Ruiz-Juan F, Rivera J I. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012; 31(3):211-220.
26. Martínez González AE, Inglés Saura CJ, Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V. Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. Electronic Journal Of Research in Educational Psychology. 2012; 8(1): 11-138.
27. Ruíz-Risueño J, Ruíz-Juan F, Zamarripa JI. Alcohol y tabaco en españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012; 31(3): 211-220.
28. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization; 2017; 15-23
29. Corbí Gran B, Pérez Nieto MA. El efecto del absentismo y el fracaso escolar en el consumo de Tabaco, en una muestra de estudiantes de 3º y 4º de la Educación secundaria obligatoria. Health and Addictions. 2016; 13 (1): 53-58.

30. Monitoreo del cumplimiento de la legislación sobre ambientes libres de humo en 15 ciudades de Argentina. Boletín N°4 de vigilancia de ENT.Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires; 2019; 11-17
31. Free C, Knight R, Robertson S y col. Smoking Cessation Support Delivered via Mobile Phone Text messaging (txt2stop): a single blind, randomized trial. Lancet. 2011, 378(9785):49-55.
32. León Pérez A, Escalona Aguilera JR, Rodríguez Ramirez R, Escalona Aguilera I, Pérez León D, Pérez Zaldivar MI. Intervención educativa sobre tabaquismo. [Tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas Holguín; 2015; 21-36.
33. TorrentQuetglas M. El instituto, la familia y el tabaquismo en adolescentes. Revista de sociodrogalcohol 2017; 25 (3): 253-259.
34. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Redondo-Olmedilla M, Álvarez Nieto C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(1): 51–57.
35. Uribe JI, Verdugo JC, Zacarias J. Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en Las Tunas. Psicología y Salud. 2012; 21(1):47-55.
36. Meneses C, Marquez I, Romo N, Uroz J, Ruae A, Laespada T. Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). RevAsocEspNeuropsiq. [Internet]. 2013; 33(119). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352013000300005&script=sci_arttext
37. Suárez Lugo N., Estudios sobre consumo, preciso y comercialización de los productos del tabaco en Cuba. Años 2015 al 2018. Informe investigaciones. ENSAP MINSAP. 2019:12-21 Disponible en: www.globalink.org/2019
38. Calleja, N. Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las Matanzas. Ecimed. 2012; 11(4):1227-1234.
39. Díez Piña JM. La importancia de la educación para la prevención del inicio del consumo de tabaco entre los estudiantes adolescentes. RevPatol Respir. 2014; 17(3): 77-78.
40. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Encuesta nacional de salud 2011-2012. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta-Nac2011.pdf>

41. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2020; 11-19
42. Departamento de Estadística de Dirección de Salud de Rafael Freyre, 2021.
43. Departamento de Estadística de Policlínico Fray Benito, Área de Salud de Rafael Freyre, 2021
44. Jiménez Rodrigo ML. Mujeres y tabaco: la feminización del consumo de cigarrillos en España. [Tesis]. Granada: Universidad De Granada; 2013.
45. Martínez González AE, Inglés Saura CJ, Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V. Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. *ElectronicJournal Of Research in Educational Psychology*; 2017: 8(1): 11-138.
46. Ruíz-Risueño J, Ruíz-Juan F, Zamarripa JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana de Salud Pública*.2016: 31(3): 211-220.
47. Pérez Ramos M, Lucio-Gómez Maqueo E. Construcción de un modelo de riesgo en el tabaquismo y otras sustancias lícitas en adolescentes estudiantes de Mayabeque. *Salud y Drogas*. 2018; 10(1):79-96.
48. Kosteletzky K, Lempers J. The Relationship of Family, Friends, Substance Use, and Delinquency in Rural Older Adolescents. *Adolescent and FamilyHealth* 2018; 4: 171-180.
49. Horner P, Grogan-Kaylor A, Delva J, Bares CB, Andrade F, Castillo M. The Association of Family and Peer Factors withTobacco, and Alcohol, Use Among Chile an adolescents in Neighborhood Context. *Subst Abuse Rehabil*. 2017 Sep; 2(1): 163-172.
50. Abreu G. Intervención Educativa para prevenir el Tabaquismo en adolescentes. [Tesis]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa; 2012; 23-35
51. Autón R. Consejos médicos en tabaquismo. *RevCub Sal Púb*. [Internet]. 2016; 36(2). Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php>
52. Suárez L. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. *Rev Cubana Sal Púb*. [Internet]. 2018; 37(1): [aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php75565548script=sci_arttext
53. Markez I, Romo N, Uroz J, Ruae A, Laespada T. Diferencias en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en dos áreas españolas (Madrid y País Vasco). *RevAsocEspNeuropsiq*. [Internet]. 2017; 34(109). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S02k11-573556500005&script=sci_arttext

54. Díez Piña JM. La prevención del Tabaquismo en las comunidades rurales. RevPatol Respir. 2016; 17(3): 77-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S02k12-323555645654005&script=sci_arttext

Anexos:

ANEXO.I

Consentimiento Informado

Yo _____ participo voluntariamente en esta investigación, que según me han explicado, sería de gran utilidad para incrementar los conocimientos sobre el tabaquismo.

Al encontrarse incluido(a) dentro de las personas afectadas con esta adicción, usted será afectado por una o más entrevistas médicas.

El resultado de esta investigación será estrictamente confidencial y el mismo puede modificar el curso y evolución de su enfermedad, y puede beneficiar a posibles enfermos en un futuro próximo.

Si está usted de acuerdo a colaborar de forma voluntaria en este estudio, por favor, sírvase en expresarlo mediante su firma en este documento.

Agradeciendo la atención prestada.

Grupo de investigación.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Nombre y Apellidos _____

Firma _____

Dirección particular _____

Fecha _____ Lugar _____ Hora _____

Testigo _____ Firma _____

Miembro del Proyecto _____ Firma _____

ANEXO. II

**Órgano Del Poder Popular
Rafael Freyre Torres
Policlínico De Fray Benito
Holguín**

Aval Del Comité De Ética Médica.

El Comité de Ética y Deontología Médica del Policlínico con Servicios de Hospitalización Dr. Mario Muñoz Monroy del Municipio Rafael Freyre Torres provincia Holguín, autorizamos a realizar la investigación Titulada: Intervención educativa sobre tabaquismo en pacientes fumadores del CMF 16. Fray Benito. Enero – Diciembre. 2020. José Ariel Guerra Ruiz que hasta ahora no tiene ninguna actividad donde se cometa ilegalidad ética contra ninguna institución o persona en lo general ni lo particular y el producto de ella se utilizarán exclusivamente con fines Científicos y Docentes.

Suidilberto Mayo Verdecia.

Presidente de la Comisión de Ética Médica

ANEXO. III

Dirección Municipal De Salud
Consejo Científico Municipal Rafael Freyre
Aval Del Trabajo De Terminación De Especialidad

En sesión ordinaria del Consejo Científico Municipal efectuada el día 23 de noviembre del 2021 se presentó la solicitud de aval de la investigación titulada: Intervención educativa sobre tabaquismo en pacientes fumadores del CMF 16. Fray Benito. Enero – Diciembre. 2020. Que tiene como investigador principal: Dr. José Ariel Guerra Ruiz. Una vez analizada la solicitud se aprobó otorgarle el aval por todos los presentes, lo cual fue recogido en el acuerdo **No 138** del presente curso escolar, tomando en consideración los siguientes criterios:

- El trabajo responde a los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública y dentro de los programas priorizados.
- Responde al banco de problemas del municipio y a un problema de salud histórico en el territorio
- El diseño de la investigación es adecuado a los objetivos planteados en la misma y el documento presentado tiene una correcta planificación y control de las tareas ejecutadas.
- El investigador principal y su equipo reúnen las características necesarias para la ejecución del trabajo.
- El trabajo se elabora sobre la base de los recursos e instalaciones presentes en la comunidad, lo que posibilitó su factibilidad.

Acuerdo: Aprobar el Trabajo de Terminación de Especialidad titulado Intervención educativa sobre tabaquismo en pacientes fumadores del CMF 16. Fray Benito. Enero – Diciembre. 2020.

Dra.: Dr. José Ariel Guerra Ruiz
Autor.

Dr. Israel Rolando Sánchez Montero
Presidente CCM Rafael Freyre

ANEXO. IV

**Órgano Del Poder Popular
Rafael Freyre Torres
Policlínico De Fray Benito
Holguín**

Dirección Del Policlínico.

La dirección del Policlínico Fray Benito, municipio Rafael Freyre Torres provincia Holguín, da su autorización y consentimiento a la realización de la investigación titulada Intervención educativa sobre tabaquismo en pacientes fumadores del CMF 16. Fray Benito. Enero – Diciembre. 2020, del doctor José Ariel Guerra Ruiz dando todo el apoyo legal establecido para la realización de la misma, la información que se obtendrá será de sumo valor científico y será de utilidad para el sector.

Dra. Ayamelis Rodríguez Cruz
Directora

ANEXO.V

Encuesta anónima.

1. ¿Cuál de las siguientes enfermedades usted padece?

_____Enfisema pulmonar

_____Asma bronquial

_____Cáncer de pulmón

_____HTA

_____Cardiopatía isquémica

_____Enfermedad psiquiátrica

2. ¿Qué tiempo lleva fumando interrumpidamente? _____años.

3. ¿Cuántos cigarros fumas diariamente?

_____1-5

_____6-10

_____11-15

_____16-20

_____21-25

_____26 y más

4. ¿Tiene interés en realizar un serio intento para dejar de fumar?

Si_____ No_____.

Gracias por su colaboración.

Anexo.VI

Encuesta:

Por favor lea con cuidado cada pregunta antes de responder, y marque con una X las respuestas que considere afirmativas. Le agradecemos su participación y que conteste honestamente lo que piensa sobre lo que le preguntamos. Le recordamos que este es un documento estrictamente confidencial. Gracias por su cooperación.

Datos generales:

Edad: _____ Sexo _____

1. El tabaquismo es:

a) _____ La adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso de su consumo.

b) _____ La adicción a sustancias psicoactivas, y la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso de su consumo.

2. Marque con una X, usted considera que el tabaquismo es:

a) -----Una adicción.

b) -----Una enfermedad.

c) -----Un mal hábito.

d) -----Una necesidad.

e) -----Una cuestión de moda o lujo.

3. Cuáles usted considera son los factores de riesgo para el inicio del consumo del tabaco. Marque con una X.

a) ____ Familiares fumadoras.

b) ____ Influencia de amigos.

c) ____ Familia disfuncional.

d) ____ Fácil acceso.

e) ____ Curiosidad natural.

f) ____ La ausencia de uno de los padres.

g) ____ Baja autoestima.

4. De las enfermedades que se relacionan a continuación, cuáles cree usted que están en relación con el tabaquismo. Marque con una X.

a) _____ Cáncer de pulmón.

b) _____ Bronquitis crónica.

c) _____ Hipertensión arterial.

d) _____ Cáncer bucal.

- e) ____ Cardiopatía isquémica.
- f) ____ Muerte.
- g) ____ Enfisema pulmonar.
- h) ____ Enfermedades cerebro vasculares.

5. Cuáles de las siguientes medidas cree correctas para prevenir el Tabaquismo:

- a) ____ Prohibición de fumar en lugares públicos o cerrados.
- b) ____ Concientización de los daños que produce el tabaquismo.
- c) ____ Dejar que los adolescentes tomen decisión por ellos mismos.
- d) ____ Las medidas de prevención deben comenzar en casa.
- e) ____ Aumentar el conocimiento de los daños nocivos del tabaquismo en la población.
- f) ____ No vender cigarrillos a menores de edad.
- g) ____ Incrementar las labores educativas en los adolescentes para prevenir el tabaquismo

Anexo VII.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Título: Intervención educativa sobre tabaquismo en pacientes fumadores del CMF 16 perteneciente al Policlínico Fray Benito de enero a diciembre 2020.

Total de horas: 6 horas.

Objetivo general: Elevar el conocimiento sobre el tabaquismo en pacientes fumadores pertenecientes al CMF 16 del Policlínico Fray Benito.

PLAN TEMÁTICO

Sesiones	Temas	Tiempo
1	Presentar el programa de intervención educativa.	1 hora
2	Aspectos generales del tabaquismo.	1 hora
3	Factores de riesgo del tabaquismo.	1 hora
4	Enfermedades provocadas por el tabaquismo.	1 hora
5	Cómo prevenir la adicción.	2 horas
6	Conclusiones.	1 hora

Sesión 1

Tema. Presentación del programa

Objetivos:

1. Presentar el programa de intervención educativa.
2. Identificar necesidades de aprendizaje

Técnica Participativa: conferencia.

Técnica Educativa: evaluación inicial del tema.

Desarrollo: se inicia la sesión con la presentación del moderador, luego de lo cual se les explica a los adolescentes en qué consiste el programa de intervención educativa.

Posteriormente decidimos aplicar el cuestionario, que nos permitirá valorar de forma individual y por escrito la magnitud del problema. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: autor

Duración: 1 hora

Sesión 2

Tema. Aspectos generales del tabaquismo.

Objetivos:

1. Definir el concepto de tabaquismo.
2. Explicar los antecedentes históricos.

Técnica Participativa: lluvia de ideas.

Técnica Educativa: taller interactivo

Desarrollo: se informa el tema específico a tratar y se les pide que expresen sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría lo haga. Luego se procede a realizar el taller interactivo guiado por la autora del trabajo. Para ello utilizamos como medio de enseñanza una computadora que nos permitió mostrarle en una presentación ilustrada en Power Point los elementos relacionados con la temática a abordar. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: autor

Duración: 1 hora

Sesión 3

Tema. Factores de riesgo del tabaquismo.

Objetivos:

1. Explicar cuáles son los factores de riesgos del tabaquismo.

Técnica Participativa: debate.

Técnica Educativa: conferencia demostrativa.

Desarrollo: se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Procedemos entonces a realizar la actividad, durante la cual la autora explica a los participantes los aspectos relacionados con la temática. En un segundo momento los jóvenes realizan un debate sobre el tema. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: autor.

Duración: 1 hora

Sesión 4

Tema. Enfermedades provocadas por el tabaquismo.

Objetivos:

1. Definir las enfermedades provocadas por el tabaquismo.

Técnica Participativa: lluvia de ideas.

Técnica Educativa: taller interactivo.

Desarrollo: se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Se informa el tema específico a tratar y se les pide que expresen sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría participe. Luego se procede a realizar el taller interactivo. Para ello utilizamos como medio de enseñanza una computadora que nos permitió mostrarle en una presentación ilustrada en Power Point los elementos relacionados con la temática a abordar. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: autor

Duración: 1 hora

Sesión 5

Tema. Cómo prevenir la adicción.

Objetivos:

1. Explicar cuáles son las medidas de prevención.

Técnica Participativa: debate

Técnica Educativa: conferencia demostrativa

Desarrollo: se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Procedemos entonces a explicarles y demostrar los aspectos relacionados con la temática. En un segundo momento los jóvenes realizan un debate sobre el tema. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: autor

Duración: 2 horas.

Sesión 6

Tema: Conclusiones.

Objetivos:

1. Evaluar los conocimientos adquiridos por los participantes.
2. Conocer el criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante de la intervención educativa.

Técnica Participativa: lluvia de ideas

Técnica Educativa: evaluación final del tema

Desarrollo: se inicia con la aplicación del cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos, y por último se les pide que expresen su criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante de la investigación.

Responsable: autor

Duración: 1 hora.

Clave de Calificación:

Preguntas	Clave	Respuestas Correctas
1	20	A
2	20	B
3	20	a, b, d, e, h
4	20	a, b, d, g, h
5	20	a, b, d, e, f