

POLICLÍNICO DE CEBALLOS
CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa sobre efectos nocivos del hábito de fumar en pacientes fumadores pertenecientes al consultorio 7 del área del policlínico de Ceballos.

Autor: Dr. Jose Antonio López Wong

Residente de Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Alexei Acosta

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.

Profesor auxiliar.

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

Ciego de Ávila
2021

RESUMEN

Se realizó un estudio preexperimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad de una estrategia de intervención educativa efectos nocivos del hábito de fumar en pacientes fumadores en el consultorio 7 de la comunidad de El Purial perteneciente al Policlínico Ceballos en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2019 a diciembre de 2020. El universo de estudio está constituido 38 personas fumadoras. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Necmar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el hábito de fumar antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominó el sexo masculino y los adultos jóvenes. El nivel inicial de conocimientos sobre aspectos como, sustancias que forman parte del humo del cigarro, efectos nocivos del tabaquismo en el organismo y enfermedades que ocasiona el hábito de fumar, era muy bajo. Mientras que, en el caso del tabaco como droga, más de la mitad presentaban conocimientos iniciales aceptables. En todos los aspectos se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos inicial, incluyendo en la evaluación global de conocimientos sobre el tabaquismo, por lo que se consideró efectiva la intervención aplicada.

Palabras clave: Tabaquismo, intervención educativa, cáncer de pulmón.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	4
▪ Objetivos.....	9
▪ Marco teórico.....	10
▪ Método.....	9
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	22
▪ Conclusiones.....	29
▪ Referencias bibliográficas.....	30
▪ Anexos.....	36

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo se ha convertido en una verdadera prioridad para la salud pública. Representa alto riesgo en seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo y afecta cada año a cerca de 5,4 millones de personas por cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades relacionadas, cifra mayor que la reportada por muertes debidas a tuberculosis, sida y malaria juntas ¹.

En la actualidad provoca una de cada 10 defunciones en adultos (alrededor de cinco millones de defunciones por año). El consumo de esta sustancia representa un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte a nivel mundial. Entre los factores de riesgo de enfermedad más comunes, el tabaco ocupa el cuarto lugar, considerándose a sus consumidores como personas menos productivas durante su vida pues son vulnerables a enfermedades como cáncer de pulmón y diversas cardiopatías ¹.

Existen en el mundo más de mil 250 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por género el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5 827 billones de cigarrillos al año. Estudios probabilísticos basados en las pautas de consumo actuales, señalan que para el año 2025 el tabaco será la causa de más de diez millones de muertes en el mundo ^{2,3}.

El tabaquismo es responsable de más de 90% del cáncer pulmonar, cerca de 75% de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de 25 a 30% de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular, y además participa en diversas proporciones en la génesis de otro tipo de enfermedades crónicas degenerativas ²⁻⁴.

Esta adicción acarrea también costos elevados, tanto sociales como personales y sanitarios, para todas las comunidades donde su prevalencia es alta; costos que implican gastos por atención médica directa, contaminación ambiental, ausentismo laboral, incendios o accidentes industriales causados por los fumadores, gastos por

aseguramientos, el tiempo destinado a fumar, gastos de mantenimiento, entre muchos otros ².

A pesar de que el tabaco representa alta nocividad para la salud, todavía su uso es muy prevalente en la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número estimado de fumadores en el mundo era de alrededor de 1.100 millones en 1990, lo cual representaba una tercera parte de la población mundial en edades mayores de 15 años; y se pronostica que la cantidad de fumadores alcanzará los 1.600 millones en el año 2025 ⁵⁻⁷. La conducta humana forma parte de los determinantes de la salud junto con otros aspectos de índole biológica, política, económica, social, cultural y ambiental, que serían susceptibles de ser intervenidos para el mejoramiento de la salud en la comunidad, tal como lo proclama la Carta de Ottawa ⁸.

Los adolescentes y las mujeres jóvenes son grupos particularmente vulnerables a las modas, las sugerencias publicitarias y las presiones comerciales y culturales, por lo cual la prevalencia del tabaquismo en estos segmentos poblacionales muestra tendencias y magnitudes aún más preocupantes. El consumo de alcohol se muestra claramente asociado con la utilización del cigarrillo ^{9,10}.

Entre todos los factores del estilo de vida, la ingestión de alcohol aparece como el comportamiento más fuertemente asociado al tabaco. Este aspecto se confirma en diversas publicaciones científicas y parece obedecer al hecho de que tanto el cigarrillo como el alcohol forman parte de la oferta habitual de las formas de recreación modernas, en las cuales, después de que un individuo ha aceptado alcanzar algún grado de embriaguez, queda a merced de aceptar la invitación también a fumar o, eventualmente, a consumir otras sustancias de tipo psicoactivo ¹¹⁻¹⁴.

La asociación del tabaco con otras sustancias estimulantes, como el café, suele presentarse en otros ámbitos, en que lo que prima como factor desencadenante no es la enajenación propia de la embriaguez, sino la costumbre social de hacer pausas laborales para tomar un descanso con los compañeros de trabajo o estudio. Algunas personas, exponiéndose al contagio social de los fumadores o eventualmente

acosados por alguna situación estresante, optan por fumar mientras conversan o cavilan acerca de sus preocupaciones. En algún momento, el efecto sinérgico de la nicotina y de la cafeína desarrollan una verdadera dependencia farmacológica, lo cual determina la persistencia de este comportamiento ¹.

En el Proyecto eat (Eating Among Teens), realizado en Norteamérica, el hábito de fumar aparece inversamente relacionado con el consumo regular de comida y directamente relacionado con el consumo de comidas ricas en grasas saturadas ¹²⁻¹⁵. El estudio Avena (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes Españoles) ¹⁶, muestra la posible incidencia de la práctica de actividad física sobre el consumo de tabaco. Tanto los varones como las mujeres que son activas reportan bajo consumo de tabaco ($p \leq 0,01$). A mayor edad, mayor consumo de tabaco y menos práctica de actividad física, tanto en hombres como en mujeres ($p < 0,001$).

La prevalencia del hábito de fumar en Cuba ha sido considerada alta desde que se dispone de información al respecto. Algunos estudios indicativos realizados antes de 1970 informan cifras superiores al 60% en la población total. Los primeros datos referentes a la prevalencia nacional del tabaquismo en Cuba datan del año 1978, de una encuesta realizada por el Ministerio de Comercio Interior, en la cual 68,9% de la población de 17 años y más fumaba. Posteriormente el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna realiza en el año 1980 una encuesta nacional, y obtiene una prevalencia de 52,9% ^{17,18}.

Lo anterior pone de manifiesto que hasta el inicio de la década del 80 el país se encontraba en la primera fase de la epidemia. La elevada prevalencia y consumo per cápita anual de cigarrillos que ubica a Cuba en los primeros lugares a nivel regional y mundial, hacen que se inicien en la segunda mitad de la década del 80 del pasado siglo acciones nacionales con carácter sistemático y enfoque intersectorial. A escala nacional se estimó que en el 2001 existían 2 047 714 fumadores de 17 años y más, lo que representó una prevalencia de 31,9%, con un decrecimiento en la prevalencia general tanto en hombres, (41,4%) como mujeres (23,0%). 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 de 25%.⁵ Sin embargo, se obtuvieron cifras superiores en estudiantes de 13 a 15 años de edad (29,9%)^{19,20}.

Tomando como base esas cifras, entre 78 países miembros de la Organización Mundial de la Salud^{1,2}, Cuba ocupa el lugar 28. También en el año 2001, el consumo per cápita anual fue estimado en 1 314 cigarrillos, representando también disminución en relación con años anteriores. Tal como describe la literatura, aproximadamente a los 25 años transcurridos desde el inicio de la epidemia, se transita hacia la tercera fase. Hasta el año 2001, desde el inicio del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo, se logró una tendencia a la disminución de prevalencia y consumo, discreta, pero sostenida. De las defunciones ocurridas en 1995 y 2007, se atribuyeron al tabaquismo 15 y 18% de muertes prevenibles, respectivamente²⁰.

Cuba ocupa el quinto lugar en América Latina en la prevalencia del consumo de tabaco. En el 2016 murieron 3 3301 personas por enfermedades producidas directamente por el tabaquismo. De las diez primeras causas de muerte en Cuba, ocho de ellas —como diversos tipos de cáncer— están vinculados con esta adicción, lo cual constituye un reto para la población y las autoridades de salud. El consumo per cápita anual de cigarrillos estimado en el año 2016 fue 1 548. En lo que respecta a la prevalencia no se disponen cifras actualizadas de encuestas nacionales, pero la información disponible permite hacer algunas estimaciones¹⁷.

Un estudio realizado con una muestra representativa del municipio Playa de La Habana en el año 2016, registra una prevalencia de 38,2% muy similar a la encontrada en el año 2011. Igual tendencia que siguen las fases de la epidemia, presenta la situación de la mortalidad, en un período de 20 a 30 años más tarde, por lo que el análisis anterior hace pensar que no resultará posible reducirla en aquellas enfermedades que hoy constituyen las primeras causas de muertes y que se encuentran asociadas al consumo de tabaco¹⁸. El conocimiento de la epidemia y su evolución tienen que ser el punto de partida de los programas de prevención y control, pero lamentablemente, aunque a nivel mundial, regional y por supuesto

local, existe un total conocimiento de su magnitud, la ejecución de estos no marcha acorde con lo que se quiere alcanzar en la salud de la población ²⁰.

Esto hace, que como en el caso de Cuba, la epidemia se detenga en la fase tercera y que resulte difícil avanzar hacia la reducción del tabaquismo, no solo lograr que los fumadores cesen, sino que la incidencia sea cada vez menor para que no se produzca un reemplazo de los fumadores y con ello dar continuidad, de generación en generación a este comportamiento tan nocivo a la salud. Las causas pueden también ser conocidas, pero no por ello hay que dejar de insistir en su análisis y difusión, de ahí que este artículo se centre en las paradojas y controversias en relación con el consumo de tabaco en Cuba que tienen como resultado la brecha existente entre el discurso y la realidad ²⁰.

Finalmente, como integrantes del sector salud, orientados acorde a los perfiles profesionales de la profesión, como lo es la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la acción desde la salud pública, se justifica el desarrollo de la presente investigación para aportarle a la comunidad datos significativos que evidencien la efectividad de las campañas de sensibilización anti tabáquicas, las cuales generan de manera positiva a prevenir y disminuir el tabaquismo en jóvenes y con ello fortalecer estilos de vida saludables. Por tanto, Teniendo en cuenta todo lo antes expuesto, tenemos como finalidad mediante la presente investigación darle solución al siguiente problema de investigación:

Problema científico: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre efectos nocivos del hábito de fumar en pacientes fumadores en el consultorio 7 de la comunidad de El Purial perteneciente al Policlínico Ceballos en Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad de una estrategia de intervención educativa **sobre** efectos nocivos del hábito de fumar en pacientes fumadores en el consultorio 7 de la comunidad de El Purial perteneciente al Policlínico Ceballos en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas de edad y sexo.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre los efectos nocivos del hábito de fumar en la población de estudio.
3. Aplicar la estrategia de intervención sobre hábito de fumar en la población de estudio.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimiento sobre efectos nocivos del hábito de fumar en los pacientes una vez terminada la estrategia de intervención educativa.

Hipótesis de Investigación: Si se aplica una estrategia de intervención educativa sobre efectos nocivos del hábito de fumar podría elevarse los conocimientos sobre este flagelo en la población adulta en el consultorio 7 de la comunidad de El Purial perteneciente al Policlínico Ceballos en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

El tabaquismo es estimado por la OMS como un factor de riesgo para desarrollar enfermedades, discapacidades e incluso la muerte a nivel mundial. Diversas investigaciones han señalado que la adolescencia hace parte del grupo etario de más riesgo para adoptar el tabaquismo. Sin embargo, las secuelas del consumo de tabaco, por lo general se reflejan después de 30 años del pico de mayor adquisición del hábito; por otra parte, ya que la edad media de inicio del tabaquismo a nivel mundial es de aproximadamente 15 años, la OMS cataloga al tabaquismo como una enfermedad pediátrica ²¹.

En consecuencia, el tabaquismo se ha considerado una drogodependencia, siendo la nicotina el mayor constituyente del tabaco encargada de la adicción; causando un síndrome de privación en la persona cuando pretende la abstinencia ²².

Actualmente el tabaquismo está clasificado por muchos pases como un dilema de salud pública. Según datos entregados por la OMS en el año 2011, aproximadamente 6 millones de personas mueren al año por las enfermedades que origina el tabaquismo y se proyecta que para el 2030, fallecerán por esta causa cerca de 10 millones de personas. Adicional a esto, aproximadamente 56.000 personas en América Latina fallecen debido a cáncer de pulmón, de las cuales 4.600 conciernen a pacientes colombianos, esto significa 12 personas por día ²³.

Según las referencias de la OMS, la sensibilización por medio de avisos textuales y gráficas impactantes, ayudan a disminuir el tabaquismo en los jóvenes y así contribuir a que sea mayor el número de fumadores que abandonan el tabaco; adicional a esto, las campañas en los medios de comunicación también son muy útiles, ya que por medio de estas se puede crear conciencia para contrarrestar el tabaquismo ²⁴.

De acuerdo a lo anterior, en los últimos años se han diseñado diversas campañas de sensibilización anti tabáquica dirigida a los adolescentes, como lo fue la primera lanzada por la FDA (Food and Drug Administration) titulada The Real Cost en el año 2014 que nació debido a las devastadoras consecuencias de la adicción al cigarrillo, para educar a los adolescentes estadounidenses en riesgo sobre los efectos

nocivos del tabaquismo. En los primeros 2 años, la investigación muestra que la campaña hizo exactamente eso: "The Real Cost" evitó que unos 350,000 adolescentes de entre 11 y 18 años comiencen a fumar entre 2014 y 2016; la mitad de los cuales podrán haberse convertido en adultos fumadores. En el fondo, al evitar que estos jóvenes se conviertan en fumadores, la campaña les ahorró a ellos, sus familias y al país cerca de \$31 mil millones de dólares al reducir los costos concernientes al tabaquismo ²⁵.

En contraste, la organización Truth Initiative, publicó un estudio, donde plasmó los resultados de una campaña que implementaron y encontraron que una mayor conciencia de los anuncios a través de la campaña titulada La Verdad entre los jóvenes de 15 a 21 años, fortaleció sus actitudes antitabaco y aumentó su apoyo a un movimiento social para acabar con el tabaquismo. El 77%, de los casi 9,000 jóvenes y adultos jóvenes muestreados indicaron que "definitivamente no" fumaron un cigarrillo el próximo año. Además, la verdad impidió que más de 300,000 jóvenes y adultos jóvenes se convirtieran en fumadores en solo un año a partir de 2015, por lo que esta campaña ha ganado más de 400 premios por excelencia y efectividad. Los resultados del estudio subrayan la efectividad de las campañas nacionales de educación pública. Los investigadores concluyen que las inversiones en estas campañas "son intervenciones políticas clave que continúan ayudando a prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes y adultos jóvenes" ²⁶.

No obstante, aunque la mayoría de personas cada día está un poco más instruida del tema, el tabaquismo ha ido en ascenso y la mayor población en la que se ha visto el incremento de este, ha sido en los adolescentes y gran parte de esta problemática, se debe a que muchos se dejan llevar por el mercadeo estratégico de la industria del tabaco ²⁷.

Por consiguiente, se deben tomar medidas como la prevención primaria, la cual debe estar enfocada en los jóvenes, teniendo en cuenta que por las particularidades del proceso de madurez que viven, son más frágiles a las dependencias y adquirir hábitos nocivos para su salud. También hay que tener en cuenta que durante esta etapa son más receptivos y se puede causar un impacto positivo contra las

conductas riesgosas, utilizando distintas estrategias para promover los estilos de vida saludables ²⁷.

Actualmente, el tabaquismo en los jóvenes es considerado como una problemática de salud pública y parte de esto se ve evidenciado en diversas investigaciones que concuerdan en que este hábito tiene su pico de inicio durante la adolescencia; lo cual refleja que es necesaria la contribución activa por parte de la sociedad, para guiar y dirigir alternativas protectoras hacia las causas que se relacionan con el inicio del tabaquismo y de este modo, prevenir la adicción durante la adultez ²⁸.

El hecho de fumar cigarrillo, se convierte en un hábito que generalmente tiene su inicio en la adolescencia y el consumo a esa edad, se relaciona a mayores condiciones de dependencia que pueden proyectarse hasta la vida adulta, haciendo que los efectos perjudiciales del tabaco empiecen desde la juventud, pues se ha evidenciado que muchos de los adultos que consumen tabaco, comenzaron a fumar antes de los 18 años ²⁹.

De acuerdo a la OMS, muchos de los consumidores de cigarrillo a nivel mundial, inician el hábito de fumar en la adolescencia. Hoy en día, cerca de 150 millones de jóvenes consumen tabaco, cifra que crece a nivel mundial. Es por esto que entidades como la OMS y la OPS, al ratificar los datos que causa el tabaquismo en la salud física, mental y demás, concentran sus intereses en disminuir este hábito en esta población en particular ³⁰.

En contraste a esto se han implementado diferentes acciones para contrarrestar la problemática, como leyes antitabaco, espacios libres de humo; publicidad por los medios de comunicación; imágenes impactantes en las cajetillas de cigarrillos que informan acerca de las afectaciones de fumar; sin embargo, también es trascendental la labor preventiva que deben desarrollar los profesionales de la salud, las instituciones de educación superior y escolares; ya que las actividades de promoción y prevención desde la labor de la comunidad y extensión universitaria, por medio de campañas de sensibilización que conduzcan a evitar estos hábitos perjudiciales para la salud, cumplen un papel esencial al momento de brindar una educación anti tabáquica de calidad ³⁰.

Componentes del cigarrillo:

Un cigarrillo tiene cerca de 4.000 sustancias químicas, de las cuales 200 son venenosas y 40 de ellas, cancerígenas como: Alquitrán; Hidrocarburos aromáticos polinucleares; Fenol; Cresol; Indol; Cateco; Carbazol, acetona, metano, nicotina, entre otras ³¹.

Se deriva del humo emitido por el fumador y el humo producto de la combustión del cigarrillo, y se convierte en una fuente importante de contaminación atmosférica tanto en interiores como en exteriores, debido a que contiene aproximadamente entre 4000 y 5000 sustancias tóxicas compuestas por partículas sólidas microscópicas y gases. Se ha calculado que, de estas, 53 son sustancias cancerígenas y algunos mutágenos ³¹.

Entre los componentes más riesgosos que hay en el humo de tabaco están: el monóxido de carbono, la cetona, el amoniaco, el benceno, el formol, el mercurio, el níquel, la naftalina, la acetona y otras ³¹.

Adicción y tabaquismo:

La adicción se considera como una enfermedad, donde existe la necesidad compulsiva de volver a consumir una droga para sentir el alivio que esta genera ³².

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales considera el tabaquismo como una adicción, y describe a este como trastornos relacionados con el tabaco y la nicotina, relacionándose esta con diferentes sistemas de neurotransmisión en el sistema nervioso central, de los cuales, el principal efecto es agonista de los receptores $\alpha 4 \beta 2$ de acetilcolina. Por otra parte, las vas neurofisiológicas que más se comprometen en la dependencia a la nicotina son: la dopaminérgica, noradrenérgica, glutaminérgica y endocannabinoide ³².

En diversos estudios, el consumo de tabaco presenta una relación inversa con la práctica de actividad física. Un estudio prospectivo realizado en Finlandia pudo establecer que los adolescentes que son sedentarios tienen un riesgo cinco a seis veces más alto de convertirse en fumadores cuando llegan a la vida adulta, incluso cuando se controlan factores de tipo familiar y educativo ³³.

Fumar y ver televisión se han convertido en una forma de recreación estereotipada. En otro estudio similar realizado en Brasil, se reporta que la distribución de los componentes de estilo de vida representados en beber y fumar y en una vida sedentaria se encuentran estrechamente vinculados entre sí en las diversas clases sociales. Se acepta que fumar reduce el peso corporal, dado que la nicotina y demás sustancias intoxicantes del humo reducen el apetito. Sin embargo, la disminución de masa corporal en los fumadores se debe más a la pérdida de la masa magra muscular, y no es tanto una consecuencia de reducción de la grasa corporal ³⁴.

En algunos estudios, se confirma que el cigarrillo se asocia negativamente con el peso y con el índice de masa corporal, pero no con la adiposidad abdominal, la cual se muestra inalterada y, de hecho, aumentada en algunos fumadores. La educación aparece como un factor protector para eludir el hábito de fumar, si bien en este estudio aparece con nivel de asociación más discreto. Este hallazgo coincide con otros estudios que reportan proporciones menores de fumadores en las personas que alcanzan un mayor nivel de estudios formales. Se proclama entonces la educación como una opción para abordar el problema del tabaquismo y se pondera su mayor beneficio si se implementa, no solo en los ámbitos sociales, laborales y académicos, sino también en los espacios de la vida familiar y, con un énfasis muy especial, en los niños y en los adolescentes ^{21,22}.

Parece entonces que el hábito de fumar es una de las características propias de un comportamiento en general poco saludable. Las intervenciones en salud pública tendientes a controlar este nocivo hábito tendrán que recurrir a toda una diversidad de estrategias buscando la mayor efectividad posible en los procesos de cesación. Las acciones restrictivas y disuasivas para con los fumadores siempre han de estar presentes, pero las acciones persuasivas y educativas habrán de tener en cuenta que el ser humano es un ser integral y que, como tal, sus comportamientos adecuados o inadecuados conforman un todo que configura su estilo particular de vida, en el que un hábito poco saludable se acompaña de otros hábitos de naturaleza similar, por lo cual los esfuerzos que apuntan aisladamente a la cesación del tabaquismo podrían ser estériles hasta tanto no se comprenda y se aborde la interconexión de los aspectos propios de la conducta humana ^{21,22}.

Intervenciones frente al tabaquismo:

Generalmente, desde un punto de vista de atención primaria en salud, estas intervenciones se dividen en dos tipos diferentes de acuerdo a su intensidad:

Intervención básica: Esta se hace de manera concreta, breve y personalizada; donde el profesional debe brindar recomendaciones y consejos asertivos a los fumadores para que abandonen este hábito ³⁵.

Intervención avanzada: En esta se debe indagar acerca del hábito tabáquico, dar un consejo no mayor a 5 minutos con ayudas visuales y resaltando los beneficios que tendrá al cesar el hábito. Posterior a esto, hay que concertar un plan con el paciente de acuerdo a la etapa de cambio en que se encuentre, las actitudes, conductas, el grado de dependencia y as mismo de motivación para dejar de fumar. Además, llevar un seguimiento con el fin de prevenir las recaídas ³⁵.

Al momento de brindar educación anti tabáquica a los jóvenes, se debe tener en cuenta que el hecho de fumar puede significar en ellos una identidad o una aceptación en su entorno o grupo social; muchos de ellos lo usan como un refugio del estrés, problemas o simplemente entretenimiento que les ayuda a relajarse momentáneamente ³⁵.

Debido a esto, se deben buscar alternativas que generen impacto e interés en ellos y se hagan de manera positiva; se pueden utilizar temas más llamativos desde el punto de vista estético y de apariencia personal (mal aliento, dientes amarillos); deportivos (bajo rendimiento, mal estado físico); de auto estima, economía, entre otros. Por otra parte, hay que resaltar el hecho de que estos acompañamientos deben realizarse de manera continua, donde también se eduque sobre todo lo relaciona con el tabaquismo ³⁶.

Los programas de intervención educativa se deben llevar a cabo por profesionales de la salud, donde cada estrategia a desarrollar debe contar con un diseño de implementación, evaluación y ser llamativa para los jóvenes. Pueden estar basados en los programas de información, en las competencias e influencias sociales o multimodales que son los que abarcan de manera conjunta todos esos puntos y además hacen partícipe a los padres de familia ³⁶.

Paradojas.

En los países productores de tabaco, la situación del tabaquismo se torna más compleja, pues la aceptación social es mayor y se une a ello el hecho de que el tabaco es una importante fuente de empleo y sustento económico. Por su papel como producto de exportación, constituye también fuente de ingreso en moneda convertible, lo que hace que se presente la situación paradójica de resultar importante cultivar tabaco y a la vez promover salud, en países como Cuba, donde ambos empeños los asume el estado ³⁷.

Esta paradoja se refleja en el medio social, donde la cultura y el folklore hacen presente el cigarro en la música, bailes y donde particularmente el tabaco forma parte de los rituales religiosos, como ofrenda a los dioses o simplemente para acompañar la danza y otros espectáculos. A la vez, los lugares de recreación y muy especialmente los centros nocturnos, además de expender cigarrillos, se asocian a su consumo, pues una nube de humo rodea las pistas de baile, las mesas de los asistentes y al propio escenario y sus artistas ³⁸.

Fumar ha sido relacionado de manera directa a la diversión, la recreación y el esparcimiento. Una noche de cabaret, de discoteca o salón de fiestas, representa una importante cantidad de humo de segunda mano para los que no fuman y muchas colillas en el cenicero de aquellos que si lo hacen. Cuba se identifica como la tierra del ron, el tabaco y la música, derivado de una época en que la caña era el principal cultivo y las hojas del tabaco estaban catalogadas como de las mejores del mundo, y ante poco que exhibir, la música cubana se incluía en la imagen de este país empobrecido y explotado como otros muchos. Sin embargo, el conocimiento de la nocividad del tabaco a la salud y la toma de conciencia a nivel social, han llevado a que en ese mismo medio social se promueva un estilo de vida sano ³⁸.

Esto hace que el cubano, tanto niño como adulto, se mueva en un medio social donde de manera clara se manifiesta la paradójica situación de enaltecer y reprobar el acto de fumar, donde los medios de comunicación resaltan la importancia del cultivo de la planta para la economía, mientras que antes, de manera casi

simultánea o poco después, se presentan programas dedicados a promover la salud, o se proyectan mensajes donde se destaca la nocividad del tabaquismo ³⁸.

Algo similar ocurre en la radio. En la prensa plana, no ha dejado de suceder que en una página se señale la relación de fumar con la mortalidad por cáncer o infarto, mientras que la siguiente presenta a un anciano, próximo a cumplir el siglo de vida, aspirando el humo de su tabaco. Un ejemplo final puede ilustrar de manera muy clara la situación. El día 29 de mayo se celebra en Cuba el "Día del Trabajador Tabacalero". Por la importancia de la actividad y por el hecho de haber sido seleccionado ese día en particular por ser el aniversario del nacimiento de Lázaro Peña, uno de los líderes más prestigiosos de la clase obrera cubana, todos los medios de difusión se encargan de destacar la fecha, se hacen múltiples reportajes a los trabajadores del sector tabacalero en todo el proceso productivo y de comercialización ³⁸.

El día 31 de mayo es el "Día mundial sin fumar" y entonces comienzan los mensajes antitabaco, que, aunque generalmente con menor amplitud e intensidad, ocupan los espacios en que antes se hablara de las bondades del tabaco. También se muestra que más del 60% de los estudiantes refieren haber visto a su vez mensajes a favor del tabaco, 62,9% de los no fumadores y 67,9% de los fumadores. Predomina significativamente en los jóvenes fumadores activos, poseer algún objeto alegórico al cigarrillo que en aquellos que nunca han fumado. Esta característica aumenta en los varones de octavo grado ³⁸.

Más estudiantes fumadores activos (13,7%), manifestaron que algún representante de entidades comercializadoras del producto, le han ofrecido un cigarrillo gratis en relación con los no fumadores y fundamentalmente los de octavo grado (20,3%) sin diferencias significativas de sexo. No distante de todo lo anterior se encuentra la presencia de líderes de opinión fumadores, algunos de los cuales a la vez educan en la importancia de no fumar, situación que se encuentra en los maestros, los profesionales sanitarios y en los padres de familia. Encuestas nacionales realizadas han obtenido cifras de prevalencia de fumadores de 25% para los médico/as y 29% para las enfermero/as ³⁸.

Debido a los argumentos expuestos anteriormente, se considera importante como personal de salud, realizar este estudio con el fin de orientar de manera eficaz a los adolescentes y jóvenes a través de la prevención del consumo del tabaco, utilizando estrategias efectivas como lo son campañas de sensibilización y jornadas de proyección social anti tabáquicas en la comunidad, las cuales se deben crear por medio de una planificación y el uso correcto de los diversos canales de divulgación, lo cual conlleva a prevenir y reducir las conductas tabáquicas a temprana edad.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio preexperimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad de una estrategia de intervención educativa **sobre** efectos nocivos del hábito de fumar en pacientes fumadores en el consultorio 7 de la comunidad de El Purial perteneciente al Policlínico Ceballos en Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2019 a diciembre de 2020.

Universo y muestra.

El universo de estudio está constituido 38 personas fumadoras al área de estudio de referencia en el periodo antes comprendido. Se trabajó con la totalidad de los pacientes del universo por cumplir los criterios de inclusión-exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Dar su disposición para participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo I).
2. Residir y permanecer físicamente en el área dispensarizada durante el periodo de investigación.

Criterios de exclusión:

1. Tener alguna discapacidad mental o física que impidiera responder el cuestionario y participar en las actividades que se desarrollarán en el estudio en el tiempo definido para este.

Criterio salida:

1. Abandono voluntario de la investigación

Métodos de obtención de información

La fuente de recolección de la información fue el cuestionario sobre efectos nocivos del hábito de fumar (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por el autor de la presente investigación.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se introdujo el programa de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el

hábito de fumar en la población de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta inicial una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos del presente estudio.

Aplicación de la estrategia educativa: constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención y de evaluación.

Etapla diagnóstica: los conocimientos sobre hábito de fumar fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapla de intervención propiamente dicha: La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollarán 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas y técnicas participativas, con una duración de 45 minutos.

Etapla evaluación: se aplicó el mismo cuestionario inicial y se evaluó bajo los mismos principios que la primera.

Métodos del nivel empírico:

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que están influyendo en el hábito de fumar en la población en estudio.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 20 a 24 años De 25 a 30 años Más de 30 años	Según edad.	Número y porcentaje
Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica	Masculino femenino	Según sexo biológico de pertenencia	Número y porcentaje según grupo de edad

Nivel de conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
-------------------------	--------------------------------	------------------------	--	--

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Necmar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el hábito de fumar antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Esta investigación se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los participantes en el estudio su consentimiento informado. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Participantes según edad y sexo. Ceballos, Ciego de Ávila. 2021.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
De 20 a 24 años	7	21,9	3	50,0	10	26,3
De 25 a 30 años	14	43,8	2	33,3	16	42,1
Más de 30 años	11	34,4	1	16,7	12	31,6
Total	32	100,0	6	100,0	38	100,0

Fuente: encuesta.

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según el sexo biológico de pertenencia y las edades agrupadas en rangos.

Se pudo observar que predominaron los masculinos con 32 de ellos en comparación con las 6 féminas del estudio, además se trabajó principalmente con adultos jóvenes, 16 de ellos entre 25 y 30 años para el 42,1 % del total, siendo mayoría también entre los varones entre los que se presentaron 14 para el 43,8 % de estos, mientras que entre las mujeres predominaron las edades entre 20 y 24 años con 3 para el 50,0 % de ellas.

El comportamiento de la edad se corresponde con los patrones demográficos de la población cubana y en lo particular lo reportado en el análisis de la situación de salud del área. Los resultados encontrados coinciden con lo encontrado por Pérez Martínez ³⁹, donde el predominio de fumadores que se encontraban en el rango de edad entre los 20 a 40 años. El mayor número de personas estudiadas perteneció al sexo masculino con el 64,4 %.

Tabla 2. Participantes según nivel de conocimiento sobre las sustancias que forman parte del humo del cigarro.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	2	5,3	20	52,6
Inadecuado	36	94,7	18	47,4
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de Mc. Nemar

$p = 0,000$

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre las sustancias que forman parte del humo del cigarro, evaluado antes y después del programa capacitante.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 2 personas respondieron adecuadamente la interrogante sobre este tema, para un escaso 5,3 % de la muestra, mientras 36 de ellos (94,7 %), expresaban serias dificultades para identificar las respuestas correctas.

Al finalizar la intervención capacitante, 20 de los participantes en el estudio (52,6 %), fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó en un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados, atendiendo al resultado de la prueba estadística empleada.

Los resultados de la efectividad de estas intervenciones respecto al conocimiento de las sustancias que componen el humo del cigarro o tabaco en coincide con un trabajo realizado por López Santana y cols.⁴⁰, donde al inicio los pacientes mostraban desconocimientos y después el 96.8 % los modificaron. El humo del tabaco puede producir enfermedades a causa de la absorción de sustancias tóxicas hacia la circulación general o de la lesión pulmonar local por los gases oxidantes. Así se tiene que se distinguen cuatro grupos de sustancias fundamentales: nicotina, monóxido de carbono, alquitranes e irritantes que, en opinión del autor, el

aprendizaje sobre ellas, así como sus efectos, es esencial para la comprensión y la práctica de conductas adecuadas en aras de preservar y mejorar su salud ⁴¹.

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaquismo en el organismo.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	28,9	30	78,9
Inadecuado	27	71,1	8	21,1
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de Mc. Nemar

$p = 0,000$

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaquismo en el organismo, evaluado antes y después de aplicar la intervención capacitante.

Se pudo observar que antes de aplicar la mencionada intervención, 11 participantes, para un 28,9 % del total, presentaban conocimientos considerados adecuados por la clave de calificación utilizada, mientras 27, no respondían adecuadamente los ítems consignados para un 71,1 % del total.

Al aplicar el cuestionario por segunda vez, ya un tiempo prudencial después de terminado el programa de intervención, 30 personas (78,9 %), respondieron adecuadamente sobre efectos nocivos del tabaquismo con un cambio positivo y significativo en el nivel de conocimientos de los participantes.

Álvarez Alvear ⁴², en un estudio similar, refiere que, al explorar la satisfacción de los pacientes con la intervención realizada, todos expresaron que estaban satisfechos, pues se cumplieron sus expectativas, al lograr incorporar conocimientos sobre los daños que ocasiona el tabaquismo, sus consecuencias. Semejantes resultados fueron encontrados por otros autores ^{39,40}.

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimiento sobre el tabaco como droga.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	23	60,5	35	92,1
Inadecuado	15	39,5	3	7,9
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de Mc. Nemar

$p = 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre el tabaco como droga, evaluado antes y después de la intervención.

Se observó que, en la evaluación inicial realizada al comienzo de la investigación con fines diagnósticos, solo 23 de los participantes indicaban los ítems correctos del cuestionario para este tema (60,5 %), mientras 15 (39,5 %), no demostraban conocimientos suficientes para el mismo.

Una vez concluido el programa educativo y pasado un tiempo prudencial, se aplica nuevamente el cuestionario con un resultado positivo de 35 participantes (92,1 %), que respondieron los ítems adecuados, modificación que resultó significativa al analizarla con la prueba de Mc. Nemar que presentó un resultado muy inferior a 0,05.

Renda Valera ⁴³, con la aplicación de una intervención, reafirmó los conocimientos de los participantes y le aporta más conocimientos del tema. A pesar de la preparación, siguen creyendo que el hábito de fumar calma la ansiedad y distrae, lo que lo convierte en una droga por excelencia, hay que tener en cuenta, que es un factor de riesgo con marcado predominio en la etapa de la adolescencia. Por tanto, es necesario que los profesionales de la salud, desarrollen una comunicación positiva, persuasiva para lograr la máxima eficacia. Hay que combinar

estratégicamente la comunicación interpersonal, apoyada por los medios de comunicación masiva, los medios impresos y otras modalidades, incluyendo audiovisuales, para influir en el estilo de vida de la población fumadora ⁴⁴.

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimiento sobre las enfermedades que ocasiona el hábito de fumar.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	18	47,4	28	73,7
Inadecuado	20	52,6	10	26,3
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de Mc. Nemar

p = 0,006

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre las enfermedades que ocasiona el hábito de fumar, evaluado antes y después de la intervención comunitaria realizada.

Se pudo observar que, en la encuesta diagnóstica, aplicada al comienzo de la investigación, 18 personas poseían un nivel de conocimientos evaluado de adecuado por la clave de calificación, para el 47,4 % de los participantes, mientras que 20 (52,6 %), no demostraban conocimientos adecuados.

A concluir la actividad capacitante y aplicar la encuesta final, la cifra de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 28, los que representaron el 73,7 % del total, con una modificación positiva que resultó significativa según la interpretación de la prueba estadística utilizada.

En un estudio realizado por Llanos Gamboa ⁴⁵, esta refiere que los participantes antes de aplicar la intervención algunos identificaron enfermedades que no son causadas por el hábito de fumar fueron identificadas como, por ejemplo: VIH (24.1 %), lepra (11.4 %) y tuberculosis (5.7 %) luego de realizada la intervención se modificaron los resultados cáncer (64.3 %), cáncer pulmonar (77 %), cáncer bucal

(62 %), cáncer de garganta (67.8 %) y en menor medida, cáncer de estómago (78.1 %).

En el estudio realizado por Doncel Pérez y otros ⁴⁶, solo el 34,8 % de los encuestados, conocían de la relación entre el tabaquismo y el cáncer bucal. En este trabajo, los resultados son diferentes. Rodríguez y otros ⁴⁷, y Valentín y otros ⁴⁸, plantean que las personas asocian el hábito de fumar al cáncer de pulmón, sin conocer que también influye negativamente sobre los dientes, encías, lengua y otras estructuras bucales.

Tabla 6. Participantes según nivel global de conocimientos sobre el tabaquismo.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	15	39,5	31	81,6
Inadecuado	23	60,5	7	18,4
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de Mc. Nemar

p = 0,000

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según nivel global de conocimientos sobre el tabaquismo, evaluado antes y después del programa capacitante.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 15 personas respondieron adecuadamente las diferentes interrogantes de la encuesta aplicada, para un escaso 39,5 % de la muestra, mientras 23 de ellas (60,5 %), expresaban serias dificultades para identificar las respuestas correctas sobre infarto cerebral.

Al finalizar la intervención capacitante, 31 de los participantes (81,6 %) fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó altamente efectiva con un cambio porcentual significativamente positivo entre los dos momentos evaluados y de esta forma se les dio salida a los objetivos trazados.

Se ha definido a la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje, que facilita cambios voluntarios del comportamiento, que conducen a una mejora de la salud. En una investigación de Izquierdo y otros ⁴⁹, el nivel de conocimientos se incrementó después de aplicada una intervención.

Con la aplicación del programa educativo se logró un incremento significativo del número de pacientes con conocimientos acerca de los daños que ocasiona el tabaquismo lo que mostró la eficacia de estudios de intervención de este tipo.

CONCLUSIONES

Predominó el sexo masculino y los adultos jóvenes. El nivel inicial de conocimientos sobre aspectos como, sustancias que forman parte del humo del cigarro, efectos nocivos del tabaquismo en el organismo y enfermedades que ocasiona el hábito de fumar, era muy bajo. Mientras que, en el caso del tabaco como droga, más de la mitad presentaban conocimientos iniciales aceptables. En todos los aspectos se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos inicial, incluyendo en la evaluación global de conocimientos sobre el tabaquismo, por lo que se consideró efectiva la intervención aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 World Health Organization. WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2018? The MPOWER package. [Internet] [Acceso 12 de febrero de 2019] Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf.
- 2 Mackay J, Eriksen M. The tobacco: atlas. Washington: WHO; 2017. p. 24-30.
- 3 Hergens M, Lambe M, Pershagen G, Terent A, Ye W. Smokeless tobacco and the risk of stroke. *Epidemiology* 2018; 19(6): 794-807.
- 4 Jaramillo N, Gómez U, Ramírez M. Tabaquismo enfoque y manejo integral. En: Jaramillo N. Factores de riesgo cardiovascular mitos y realidades 2a ed. Medellín: L. Vieco e hijas Ltda; 2007. p. 235-276.
- 5 World Health Organization. Smoking prevalence. En: who. Tobacco or health: a global status reports. Geneva: The universal copyringht convention; 1997. p. 12-13.
- 6 Wiesner C, Peñaranda D. Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes reporte de Bogotá, Colombia. *Rev. Colombiana de Cancerología* 2002; 6(4): 5-14.
- 7 Haenle M, Brockmann S, Kron M, Bertlin U, Manson R, Steinbach G, et al. Overweight physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross-sectional random sample of German adults. *BMC Public Health* 2006; 6: 233.
- 8 Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ottawa. Canadá: oms; 1986.
- 9 Chor D Faerstein E, Guimãraes M, Lopes CS. How reproducible is self-reported information on exposure to smoking, drinking, and dietary patterns? *Sao Paulo Med J.* 2003; 121(2): 63-66.
- 10 Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of Euroaspire I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2019; 373: 929-40.
- 11 Marjaana L, Pirjo P, Markku H, Erkki V. Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982-1997 FINRISK Studies¹³. *Am J Clin Nutr* 2018; (75): 809-17.

- 12 Padrão P, Lunet N, Santos AC, Barros H. Smoking, alcohol, and dietary choices: evidence from the Portuguese National Health Survey. BMC Public Health 2017; 7: 138.
- 13 Santos A, Ebrahim S, Barros H. Alcohol intake, smoking, sleeping hours, physical activity and metabolic syndrome. Preventive Medicine 2017; 44(4): 328-334.
- 14 Ignez M, Coelho L, Casajus M, Okani E. Smoking, consumption of alcohol and sedentary lifestyle in population grouping and their relationships with lipemic disorders. Rev Saude Publica 1995; 29 (1): 38-45.
- 15 Larson N, Story M, Cheryl L, Neumark D, Hannan P. Are Diet and Physical Activity Patterns Related to Cigarette Smoking in Adolescents? Findings From Project EAT. Prev Chronic Dis 2017; 4 (3): 1-12.
- 16 Tercedor P, Matillas M, Chillón P, Pérez I, Ortega F, Wärnberg J, et al. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. Estudio avena. Nutr Hosp 2017; 22 (1): 89-94.
- 17 Cardentey García J. El tabaquismo: un flagelo para la humanidad. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2017 [citado 2018/12/10]; 20(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4053>
- 18 Fernández Concepción M, García Sánchez MR, Valdés Jiménez L, Martín Estévez L. Tabaquismo y adolescencia. Rev Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2017 [citado 2019/4/14]; 18(1). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/546/html2>
- 19 Medina Martin AR, Márquez Socarrás CJ, Torres Guevara N. Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes. Gaceta Médica Espirituana [Internet] 2017 [Citado 2019/4/20]; 17(1): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/549>
- 20 Zaldívar Pérez DF. Cómo dejar de fumar. La Habana: Editorial José Martí; 2da edición. 2017.
- 21 Zander Neves C, Devicari Bueno C, Pires Felden G, Costa Irigaray M, Rivadeneira MF, Oenning NSX, et al. Tabaco en adolescentes escolares

- brasileños: asociación con salud mental y contexto familiar. Gac Sanit [Internet]. 2018 May 1 [cited 2019 Mar 18];32(3):21622. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301826>
- 22 Martínez-Torres J, Epalza MP. Prevalencia y factores asociados al consumo de cigarrillo tradicional, en adolescentes escolarizados. Rev Med Chil. 2017;145(3):30918.
 - 23 Instituto de Ciencia Política. Proyectos anti-tabaco [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 20]. Disponible en: www.icpcolombia.org
 - 24 Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. 9 de marzo de 2018. [cited 2019 Mar 17]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/tobacco>
 - 25 Duke JC, Farrelly MC, Alexander TN, MacMonegle AJ, Zhao X, Allen JA, et al. Effect of a National Tobacco Public Education Campaign on Youths Risk Perceptions and Beliefs About Smoking. Am J Heal Promot [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Mar 17];32(5):124856. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890117117720745>
 - 26 Elizabeth Hair XC, Cantrell J, Pitzer L, Bennett MA, Romberg AR, Xiao H, et al. Estimating the Pathways of an Antitobacco Campaign. 2018 [cited 2019 Mar 18]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.04.008>
 - 27 Secretaría de Salud de México. Programa de Acción y Adicciones: Tabaquismo [Internet]. [cited 2019 Mar 18]. Disponible en: www.ssa.gob.mx/unidades/conadic
 - 28 Cuellar M; Pérez J; Quintana M. Caracterización del hábito tabáquico en adolescentes de un consultorio del médico familiar. 2017;24(3):22941. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
 - 29 Gulayin P; Irazola V; Rubinstein A; Bruno R. Smoke- Free Adolescents. Effectiveness of an educational intervention. Controlled, before and after study. 2017 [cited 2019 Mar 18]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e392>

- 30 Organizacin Mundial de la Salud. OMS | Salud de los adolescentes: Consumo de tabaco [Internet]. [cited 2019 Mar 18]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index5.html
- 31 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Componentes del Humo de Tabaco. [cited 2019 Mar 29]; Available from: http://www.mag.go.cr/acerca_del_mag/programas/ELHT-boletincomponentes-humo-tabaco.pdf
- 32 Corvalán B. MP, Corvalán B. MP. El tabaquismo: una adicción. Rev Chil enfermedades Respir [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Apr 1];33(3):186-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071773482017000300186&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 33 OMS. Deshabituacin del tabaquismo [Internet]. [cited 2019 Apr 1]. Available from: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2011/3/21/46600.pdf>
- 34 Pérez J; Gardey A. Tabaco [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 28]. Available from: <https://definicion.de/tabaco/>
- 35 Carmona A. Deshabituacin tab/Aequica en adolescentes [Internet]. 2017 [cited 2019 May 31]. Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2835/1/TFG_ANTONIO_CARMONA_SOTO.pdf
- 36 Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, et al. Safety and Efficacy of the Nicotine Patch and Gum for the Treatment of Adolescent Tobacco Addiction. Pediatrics [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2019 Apr 1];115(4):e40714. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1894>
- 37 TCJJER. Adicción Al Tabaquismo En Adolescentes Characterization Diagnostic for the Prevention of the Addiction To the Tobacco in Adolescents. 4(2017):1926.
- 38 Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Revista Cubana Salud Pública. Vol. 37 No. 1 de 2011.

- 39 Pérez Martínez D. Intervención educativa para incrementar la severidad percibida del tabaquismo en pacientes fumadores. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Enero-febrero, 2019; 23(1): 41-56. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3615>
- 40 López Santana Y, y colaboradores. Modificación de conocimientos sobre tabaquismo en un consultorio médico de la familia. Rev Inf Cient 2014; 87(5):865-873.
- 41 Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo en Cuba. Ministerio de Salud Pública. Cuba. 1995.p. 3.
- 42 Alvaré Alvaré LE. Conversando íntimamente con adolescente. La Habana: Ed. Científico Técnico; 2011.
- 43 Renda Valera L, y colaboradores. Evaluación de una intervención educativa sobre tabaquismo y su relación con la cavidad bucal. Revista Cubana de Medicina Militar. 2020;49(4):e0200554.
- 44 Medina Martin AR, Márquez Socarrás CJ, Torres Guevara N, Ramos Ramos L, Hernández Márquez Y. Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes. Gac Méd Espirit. 2015 [acceso: 08/12/2018];17(1):33-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100004&lng=es
- 45 Llamas Gamboa A. Intervención educativa sobre tabaquismo en un consultorio médico de la familia. Rev Inf Cient. 2017; 91(3):493-501.
- 46 Toledo Pimental B, González Díaz ME, Alonso Tarraú MS, Pérez Carrillo A, Rodríguez Linares ML. Tabaquismo y Enfermedad Periodontal. Santa Clara. Rev cubana Med Milit. 2002 [acceso: 02/03/2018];31(2):94-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-5572002000200004
- 47 Rodríguez Ricardo E, Santana Fernández KA, Fong González Y, Rey Ferrales Y, Jacas Gómez MJ, Quevedo Peillón K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. AMC. 2014 [acceso: 08/12/2018]; 18(6):642-55 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600007

- 48 Valentín González F, Rodríguez González G, Conde Suárez H, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev Méd Electr. 2017 [acceso: 08/12/2018];39(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2202>
- 49 Izquierdo Díaz R, Ochoa Ortega MR, Casanova Moreno MC, Díaz Domínguez MA. El tabaquismo y su prevención educativa en la población de un consultorio médico. Rev Ciencias Médicas. 2017 [acceso: 08/12/2018];19(4):642-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400008&lng=es

Anexo I

Consentimiento Informado.

Yo _____, estoy de acuerdo a participar de forma activa en el Proyecto: efectos nocivos del hábito de fumar en pacientes fumadores.

Se me ha explicado que: Mi participación en el estudio es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del mismo cuando yo lo considere no afectará mis relaciones con el médico y la institución que me seguirán atendiendo según las normas del estado cubano.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo este documento de consentimiento informado, junto con el médico que me brindó las explicaciones. a los ____ días del mes de _____ de _____.

Firma del paciente.

Firma del médico

Anexo II

Cuestionario de Conocimientos

Datos Generales:

Edad_____ Sexo: masculino____ Femenino____

1. Conocimiento sobre las sustancias que forman parte del humo del cigarro y responda verdadero (V) o falso (F).

- a) ____ Alquitranes e irritantes
- b) ____ Nicotina y monóxido de carbono
- c) ____ Solo nicotina.
- d) ____ Ninguna
- e) ____ No se

2. Conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaquismo en el organismo y responda verdadero (V) o falso (F).

- a) ____ Aumenta el riesgo de contraer infecciones respiratorias
- b) ____ Aumenta el riesgo de padecer cáncer en cualquier órgano del cuerpo
- c) ____ No produce hipertensión arterial
- d) ____ Produce una elevación de la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca
- e) ____ Representa un riesgo para el embarazo
- f) ____ El mayor responsable de producir cáncer es el alquitrán que contiene el cigarrillo
- g) ____ No se

3. Conocimiento sobre el tabaco como droga y responda verdadero (V) o falso (F).

- a) ____ El tabaquismo no produce dependencia.
- b) ____ Es considerado una enfermedad.

- c) ____ Produce dependencia
- d) ____ No produce ningún tipo de complicaciones como droga.
- e) ____ No se

4. Conocimiento sobre las enfermedades que ocasiona el hábito de fumar y responde verdadero (V) o falso (F).

- a) ____ Cáncer de pulmón
- b) ____ Cáncer bucal
- c) ____ Cáncer de estómago
- d) ____ Cáncer de garganta
- e) ____ VIH
- f) ____ Lepra
- g) ____ Tuberculosis

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Satisfactorio: Contestar incisos.

Insatisfactorio: Contestar incisos.

Pregunta 2:

Satisfactorio: Contestar inciso

Insatisfactorio: Contestar inciso

Pregunta 3:

Satisfactorio: Contestar incisos

Insatisfactorio: Contestar incisos.

Pregunta 4:

Satisfactorio: Contestar incisos. a,b,c,d

Insatisfactorio: Contestar incisos e,f,g

Calificación Final:

Satisfactorio: Contestar 4 preguntas.

Insatisfactorio: Contestar 2 preguntas.

Anexo III

Intervención educativa

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

Diseño de las sesiones del programa:

Sesión inicial Tema: “Trabajando en conjunto”.

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

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo. Materiales: caja de fósforos.

Tiempo: 45 min.

Momento inicial Pre tarea formal: caldeamiento específico. Se aplica la técnica de presentación: “Mientras dure el fósforo.”

Objetivo: dinamizar la actividad.

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

Momento de planteamiento temático y elaboración: Se explica el encuadre, se presenta el programa, los temas a tratar y normas grupales. Dentro de las normas grupales se destacan la asistencia y puntualidad a cada sesión, la confidencialidad de lo abordado y el carácter cerrado del grupo.

Se aplica la técnica: “Dime qué esperas.”

Objetivo: conocer las expectativas del grupo.

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

Momento de integración y cierre Se emplea la técnica: “Los dedos de mi mano.”

Objetivo: evaluar la sesión.

Procedimiento: cada participante dice una palabra por cada dedo de su mano izquierda sobre cómo se sintió en la actividad del día. Orientación de la tarea: traer en papel las sustancias que forman parte del humo del cigarro y efectos nocivos del consumo de cigarro para la salud, para debatirlo en la próxima sesión.

Sesiones temáticas:

Sesión 1 Tema: “Efectos nocivos del tabaquismo para la salud del fumador”.

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

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo. Materiales: pizarra, tizas y documentos impresos.

Tiempo: 45 min.

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

Objetivo: animar a los participantes.

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

Momento de planteamiento temático y elaboración Se desarrollará la técnica lluvia de ideas, con el tema: “Sustancias que forman parte del humo del cigarro y efectos nocivos del consumo de cigarro para la salud.”

Objetivo:

1. Identificar las sustancias que forman el humo del cigarro
2. Los principales daños que provoca el consumo de cigarro para la salud.

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

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

Sesión 2 Tema: “Motivación para dejar de fumar.”

Objetivo: explicar a los participantes la dependencia que acarrea el cigarro y las enfermedades que provoca para la salud.

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo. Materiales: documentos impresos.

Tiempo: 45 min.

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

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

Momento de planteamiento temático y elaboración

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

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

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

Momento de integración y cierre Se emplea la técnica: “Una frase.”

Objetivo: evaluar la sesión.

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

Orientación de la tarea: traer por escrito algunas enfermedades que provoca el hábito tabáquico.

Sesión 3 Tema: “Sugerencias para disminuir el hábito de fumar”.

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

Método: elaboración conjunta.

Procedimiento: expositivo-explicativo.

Materiales: documentos impresos, papel.

Tiempo: 45 min.

Momento de planteamiento temático y elaboración. Se comenta lo abordado acerca de los principales daños a la salud relacionados con el tabaquismo. Se comenta la tarea dejada en la sesión anterior. Se abordan los elementos relacionadas con el síndrome de abstinencia. Algunos consejos para mantener la abstinencia.

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

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

Procedimiento: el coordinador da lectura del testimonio de un exfumador donde se reflejan elementos relacionados con el inicio de hábito de fumar, el consumo diario, los principales síntomas experimentados al abandonar el consumo, las redes de apoyo con las que contaba y las ventajas disfrutadas. Se comenta lo leído entre los participantes. Se sugiere la técnica de medicina natural tradicional, microsistema de oreja (semillas) puntos en la oreja para disminuir la ansiedad. Se cambia cada siete días hasta que el paciente mejore.

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

Objetivo: evaluar la sesión.

Procedimiento: consiste en que cada miembro exprese aspectos positivos, negativos e interesantes vividos durante el encuentro. Se ubican tres sillas y cada participante dice, en la primera cómo llegó al grupo, en la segunda cómo se sintió y en la tercera cómo se va del grupo. Los coordinadores se despiden de los pacientes

Etapas evaluativas: Se utilizó un quinto encuentro, donde se aplicó una vez más el cuestionario inicial para evaluar el incremento de la severidad percibida acerca del tabaquismo en pacientes fumadores estudiados.