

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOLGUÍN
Policlínico Universitario Buenaventura.
Calixto García.**

Título: Intervención educativa sobre tabaquismo en pacientes
fumadores del consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017.

Autor: Yurislandy Pérez Ricardo
Residente de segundo año de Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Yarismilka Obregón Pérez.
Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Asesora: Anna Cruz Betancourt
Especialista de primer grado en Medicina General Integral.
Especialista de primer grado en Oftalmología.
Profesor Auxiliar

Trabajo para optar por el título de Especialista de I grado en Medicina general Integral.

**2018
Año 60 de la Revolución.**

PENSAMIENTO

“El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva..., en fin será un “Guardián de la Salud.”

Fidel Castro Ruz.

DEDICATORIA

A mis padres, por ser mis guías en toda mi carrera y en mi vida.

A esta Revolución ya que me ha dado la oportunidad de seguir superándome y ser mejor cada día.

A todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron con su ayuda a mi formación como profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco con mucho orgullo y respeto a todos los Profesores que en el transcurso de mi vida como profesional me impartieron clases.

A mi tutor, que contribuyó de forma exitosa a la culminación de mi trabajo.

Para ellos, mis más sinceros agradecimientos.

Resumen

Se realizó un estudio no observacional cuasi experimental de intervención comunitaria, sobre tabaquismo en pacientes fumadores del consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017; con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo. El universo fue constituido por 62 fumadores y la muestra la constituyeron los que cumplieron con los criterios de inclusión, se utilizaron variables como el sexo, edad, nivel educacional, consumo de otras drogas, así como el nivel de conocimiento sobre tabaquismo, los datos fueron obtenidos de encuesta e historia clínica individual, los mismos fueron analizados, procesados y representados en tablas de frecuencias en números y porcentajes. Se concluyó, que el sexo masculino fue el más predominante. Además el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, daños a la salud, así como la identificación de las manifestaciones clínicas por consumo de tabaco, al inicio del estudio no alcanzaron buenos resultados, pero luego de aplicada la intervención educativa se lograron mejores resultados finales. Se recomendó, incentivar la continuación de estudios similares en cada área.

Palabras claves: Tabaquismo/Intoxicación/fumadores/sexo/enfermedad.

INDICE	PÁG
Resumen	
Introducción -----.	1
Objetivos-----	7
Marco Teórico Referencial-----	8
Diseño Metodológico-----	15
Análisis y Discusión de los Resultados-----	21
Conclusiones -----	29
Recomendaciones -----	30
Bibliografías -----	31
Anexos	

Introducción

El consumo crónico del tabaco constituye en la actualidad un fenómeno social que afecta indistintamente a todos los sectores de la población y constituye uno de los mayores problemas con que las autoridades sanitarias se enfrentan. Se considera una epidemia de carácter universal y es una gravosa carga para el individuo, la familia y la sociedad. ¹

El tabaquismo, definido como la intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco, constituye la primera causa de mortalidad evitable, uno de los más importantes problemas que ponen en riesgo no solo la salud del individuo fumador, sino también la de las personas que conviven cotidianamente con fumadores, denominados fumadores pasivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, ha catalogado al tabaquismo como una enfermedad crónica no trasmisible y adictiva. De esta forma, el consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades de distintos síntomas y se estima que la asociación causal entre el tabaquismo y la mortalidad anual es de 30 % con el cáncer general, así como con el cáncer nasal, oral, laringe, faringe, esófago, pulmón, mama, estómago, hígado, páncreas, riñón, uréter, vejiga, con las enfermedades cardiovasculares 25 % y 18 % con las cerebro vasculares. ^{2, 3,4}

Las estadísticas de diversos países revelan que el consumo del tabaco comenzó a aumentar sostenidamente en los inicios del siglo XX y se intensificó desde la Primera Guerra Mundial. A pesar de que un reducido número de países mostraron un descenso de la prevalencia de fumadores durante las últimas dos décadas, lamentablemente la proporción de adolescentes y adultos jóvenes inician el consumo en edades entre 12 y 14 años. ⁵

Las estadísticas muestran que cada 6,5 segundos muere una persona como consecuencia del consumo directo de tabaco y cada año la cifra se aproxima a los 5 millones. De los 1 300 millones de fumadores en el mundo, la mitad morirá a consecuencia de su adicción, de ellos, 325 millones de personas entre 35 y 69 años.

Si la lucha contra el tabaquismo logra sus propósitos, se podría salvar la vida de 200 millones de personas hasta el 2050.

La OMS acordó en que el tabaquismo y cualquier otra forma de uso del tabaco son incompatibles con el objetivo de "Salud para todos". Incluso, algunos expertos de la referida organización afirman que la lucha anti tabáquica podría ser más útil para mejorar la salud y la prolongación de la vida, que el desarrollo de cualquier otro programa de actividades de medicina preventiva.⁶

Por las razones anteriormente expuestas, numerosos países se encuentran enfrascados en una lucha contra el tabaco, pues como problema global, se requieren estrategias globales para su solución.⁷

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), adquirió fuerza jurídica obligatoria el 27 de febrero de 2005 y tiene como objetivo reducir el consumo en los jóvenes, contribuir a que los fumadores abandonen la adicción y proteger a los no fumadores de la exposición al humo ambiental.⁸

Aproximadamente el 2 % de las tierras cultivables del país se dedican al tabaco y el 3 % de los trabajadores agrícolas se emplean en su cultivo. Se estima que aproximadamente 250 000 cubanos trabajan vinculados al tabaco

Aunque se ha avanzado en la educación sobre la nocividad del tabaquismo y su relación con la enfermedad y la muerte, estudios realizados en Cuba encuentran que los fumadores tienen conocimiento sobre el tabaquismo pero no percepción de sus riesgos. Esto corrobora que la información no resulta suficiente para cambiar conductas de salud, más aún cuando se trata de una droga que empleada de forma repetida, crea necesidad y hábito.⁹

La percepción de riesgo proporciona la capacidad de asumir gestiones protectoras en el individuo ante el tabaquismo, de ahí la importancia de disponer de información al respecto que permita realizar intervenciones efectivas a favor de la salud del individuo. En la actualidad, muchas investigaciones dirigen su atención hacia el conocimiento a profundidad del aspecto social de los riesgos, donde su percepción ocupa un destacado lugar.

Ejemplo de la falta de percepción del riesgo que conlleva el hábito de fumar, es el hecho de que el tabaquismo prevalece en los profesionales de la salud, que si bien han aprendido a reconocer el riesgo de eventos no saludables en sus pacientes, no siempre reconocen su propio riesgo de enfermar o morir.¹⁰

Es posible que las exigencias que plantea el medio sobrepasen los recursos actuales del sujeto y para él se convierta en una amenaza. Es de valor conocer que las actitudes influyen directamente en la percepción de riesgos.¹¹

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

Diversos autores estiman que la percepción de riesgo y su aceptación, se rigen por ciertos principios como son:

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

En el caso del tabaquismo, además de los riesgos conocidos, figuran otros derivados de las creencias equivocadas de los fumadores, pues se ha encontrado que unos consideran el tabaquismo como riesgo menor o despreciable, en algunos casos inclusive referente a que el cáncer de pulmón es igual o ligeramente mayor en los fumadores comparados con los no fumadores, tampoco consideran que el tabaquismo sea más mortal que los accidentes automovilísticos y creen que los cigarrillos con bajo contenido de alquitrán reducen los riesgos de cualquier enfermedad asociada al tabaco.¹²

Pasan por alto que fumar más cigarrillos hace que llegue al organismo más nicotina y alquitrán. Todo ello contribuye a la baja percepción del riesgo de fumar y a la minimización del efecto nocivo sobre la salud.¹²

El tabaquismo constituye un importante factor de riesgo en el cuadro de morbilidad y mortalidad en Cuba. Según las estadísticas de salud, las primeras causas de muerte en el país se encuentran relacionadas con el estilo de vida y el tabaquismo es una práctica que se señala como uno de los factores de riesgo de mayor importancia.¹³

Cuba es el país productor del considerado mejor tabaco del mundo, por lo que su cultivo, producción y consumo están arraigados a su idiosincrasia, cultura, tradiciones y luchas sociopolíticas. Los estudios realizados han permitido conocer que el cubano se considera un pueblo de fumadores y que el tabaco constituye un importante renglón económico¹⁴

Según la primera y segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles, realizadas en 1995 y 2001 respectivamente, por el Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología y la Oficina Nacional de Estadísticas, en población de 17 años y más de zonas urbanas, la prevalencia nacional era en el 2001 de 31,9 % vs. 36,8 % en 1995 (hombres: 41,4 % vs. 48,2 %; mujeres: 23 % vs. 26,2 %).

La encuesta resalta que 63,2 % no son fumadores, de ellos 10,4 % son exfumadores y el resto, 52,8 %, nunca ha fumado; también arrojó relaciones negativas muy importantes entre el tabaquismo y la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida.

En estudio realizado en nuestra provincia la prevalencia de tabaquismo fue de 24,3 por cada 100 personas, disminuyendo en los últimos años, en 1995 fue de 30,3 por 100 personas adultas, y en el 2001 a 29,1 y ahora en el 2016 de 24,3, pero es muy poco el descenso quedando mucho por hacer en cuanto a promoción de salud y la prevención de este hábito, pues constituye uno de los factores de riesgo más frecuente en nuestra población.

En estudios similares al nuestro realizado en otras ciudades siguiendo la misma metodología de la Organización Panamericana de la Salud OPS, la prevalencia ha

sido semejante a la nuestra por ejemplo: Pinar de Río 23,7; Ciego de Ávila 23,1; Camagüey 20,7; Santiago de Cuba 23,3 y Yaguajay 25,3. Los intervalos de confianza encontrados en estos estudios, demuestran que las diferencias no son significativas y que los resultados en el país deben estar cercanos a las cifras que muestra la provincia.

Según el género, se mantienen la mayor prevalencia entre los hombres, algo que ocurre en todo el país y según los estudios similares anteriormente mencionado, la prevalencia en el sexo femenino se incrementan a tal punto que en varias ciudades no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, como son el caso de Pinar del Río, Morón, Camagüey, Holguín, Santiago de Cuba, Yaguajay y San Antonio de los Baños. En Matanzas aún la diferencia entre masculino y femenino fue significativa, pero igualmente se van acercando. Se incrementa el hábito entre el sexo femenino.¹⁵⁻¹⁶

En el Policlínico Vista Hermosa, según sus registros estadísticos e informes del Análisis de la Situación de Salud de 2017, presenta entre las primeras causas de muertes: tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y enfermedades respiratorias, las que tienen al tabaquismo como factor de riesgo, por lo que resulta significativo conocer la prevalencia de tabaquismo en la población siendo la misma de 3730 de estos 1214 femenino y 2516 masculino y su percepción del riesgo de fumar puesto que en el primer trimestre del presente año hay una incidencia de 103 de estos 19 del sexo femenino y 84 del sexo masculino. Lo anterior permitirá a la instancia sanitaria realizar propuestas para reducir la prevalencia de fumadores y el consumo del tabaco y de este modo modificar el cuadro de salud actual.

Tomando como base lo antes expuesto y al encontrarme realizando el servicio social en el consultorio médico de la familia número 9 de dicha área de salud. Con una población de 725 pacientes de los cuales 62 son fumadores distribuidos en 46 del Sexo masculino, 16 del sexo femenino. Del total de pacientes fumadores 4 son menores de 20 años. Podemos decir que el tabaquismo constituye un problema de salud importante en esta área, por lo que consideramos que la aplicación de una intervención educativa de salud, encaminada a elevar el nivel de conocimiento que

posee la población sobre el tabaquismo será de gran importancia en la mejora de la calidad de vida y prevención de enfermedades en la población.

Problema científico

¿Será posible a través de una intervención educativa elevar el nivel de conocimiento que poseen los fumadores sobre el tabaquismo?

Justificación de la investigación

Teniendo en cuenta que el tabaquismo es un hábito tóxico y uno de los factores de riesgos asociados a un gran número de las causas de muerte. La realización de este estudio, permite conocer cómo se comporta la situación epidemiológica actual del mismo en nuestras áreas de salud y propicia la aplicación de programas de intervención comunitaria, dirigidos a lograr una mejor atención integral a estos pacientes, obteniendo en ellos una mejor calidad de vida. Además de elevar el nivel de conocimiento que sobre esta afección.

Con este estudio nos proponemos lograr disminuir la prevalencia del tabaquismo en la población y contribuir con el programa vigente.

Objeto de estudio: Fumadores.

Campo de estudio: Tabaquismo.

Aporte:

El Aporte fundamental de esta investigación es metodológico. Radica en los métodos y el proceder para lograr la intervención necesaria y pertinente, capaz de elevar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo.

Novedad:

La novedad científica radica en el diseño e implementación de un programa de intervención educativa para la instrucción de los fumadores con respecto a los efectos del tabaquismo.

Objetivos

General:

- ✓ Elevar el nivel de conocimiento sobre tabaquismo en pacientes fumadores del consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017

Específicos:

- Caracterizar las variables socio demográfica.
- Aplicar intervención.
- Evaluar el nivel de conocimiento que poseen los participantes antes y después de la intervención.

Marco Teórico - Referencial de la Investigación.

El Tabaquismo es una enfermedad crónica y progresiva que deriva de la ingestión excesiva y no controlada de productos elaborados con tabaco. Esta enfermedad se caracteriza por una dependencia hacia el consumo de tabaco, que se ve en dos síntomas:

La incapacidad de detenerse en el consumo de tabaco.

La imposibilidad de abstenerse al tabaco.

Tiene muchos efectos físicos y psicológicos que hacen que la persona cambie su comportamiento y esto tiene que ver con factores personales y hereditarios. El tabaquismo es una enfermedad compleja y se desarrolla con el tiempo. Su inicio depende de varios factores dentro de los que se encuentran, el entorno familiar y social en el que se desarrolla el individuo, trastornos de la conducta y el comportamiento, fenómenos de imitación y la disponibilidad y acceso a la sustancia (oferta y demanda) como ocurre con otras drogas, dentro de las que se encuentran las ilegales la producción y existencia de estas en el mercado, dependen de la gran demanda que tienen por los consumidores así como el beneficio económico que generan. Poco a poco, el tabaco se convierte en una droga para la persona que lo usa, que sirve para cambiar el estado de ánimo, más que una sustancia que se usa como parte de una costumbre social. En un principio, la persona muestra mucha tolerancia al tabaco, en algunas ocasiones parece que no le afectara. Pero luego comienza a ocurrir un efecto de progresión, donde existe tendencia al aumento del consumo y a la frecuencia con que se hace a pesar de sí mismo, y el Tabaco se vuelve extremadamente importante. Es aquí donde el tabaco es ya una adicción y la persona siente que no puede dejar de consumirlo, esta adicción es el tabaquismo.¹¹

El tabaquismo se considera una enfermedad, realizándose campañas de salud destinadas a la prevención y a la cura, gracias a las investigaciones de varios científicos y de la Escuela Americana. La experiencia de varios años de lucha contra las drogodependencias ha permitido establecer la agrupación de factores de riesgo posible, a saber: El sujeto, el Contexto Social y la Sustancia.

Un análisis exhaustivo de cada uno de estos tres permite enumerar una serie de riesgos que confluyen en la realidad de un sujeto. De este modo sabemos que, por

un lado, el individuo constituye el origen de una serie de riesgos como: baja autoestima, incapacidad de resolución de conflictos, problemas de relación, actitudes de rechazo de las normas sociales, etc., por otro, es el contexto, sea el familiar o el social el que supone, según sus características, una serie de riesgos como: la sobreprotección, falta de afectividad, relaciones autoritarias, la estructura socio-económica, características del tiempo libre, sistema de valores, etc. Y por último, es la substancia, según sea el tipo, la forma de consumo, los ritos, la cultura, configuran otra serie de riesgos. Tratando de actuar e intervenir sobre el conjunto de riesgos que confluyen en una realidad concreta, nos encontramos que dichos conjuntos de riesgos se encuadran en marcos que configuran los ámbitos de actuación y que son: el ámbito familiar, el ámbito escolar y el ámbito comunitario. Todos los elementos que configuran las distintas intervenciones que tienen como misión reforzar y paliar una situación de riesgo pueden, muy bien, definirse como constituyentes de uno de los tres ámbitos referidos, lo que permite planificar las diferentes actuaciones en un marco coherente y operativo. Además, no sólo surge la necesidad de configurar estos tres ámbitos como resumen de la multiplicidad de actuaciones, enfoques, etc. sino la de entender el marco de actuación de cada ámbito como configurando un supra marco que permite clarificar la interacción y la dependencia mutua entre los tres ámbitos señalados.

1. El ámbito familiar.

La evidencia del papel de la familia en el desarrollo de la personalidad hace necesario comenzar la reflexión por aclarar el proceso y los elementos lo constituyen el crecimiento del niño y su dependencia del estilo educativo que funciona en la familia, de los estilos de vida arraigados en los padres y del modo en que se establecen las relaciones familiares sobre las normas y reglas planteadas por los adultos. En este equilibrio de elementos que configuran el hecho familiar, el amor, la buena voluntad, la ilusión no bastan para aportar elementos de maduración y crecimiento. Un exceso de autoridad puede anular la capacidad de adquirir la capacidad de tomar decisiones y un exceso de permisividad puede incapacitar a un joven para enfrentarse a la normatividad del mundo que le rodea o de las personas con las que debe convivir. Claro está, ningún padre es perfecto. Por ello se trata de

hablar del camino que hay que recorrer con los hijos, de ser sensibles a los muchos momentos en que debemos y podemos elegir ser de una forma o de actuar de otra y, sin culpabilizarse hacer una elección en el actuar como padres. Y no sólo como padres frente al hijo, sino como padres que se relacionan con el centro escolar de sus hijos y con el barrio y la comunidad en que se desarrolla la vida.

2. El ámbito escolar.

El segundo gran ámbito en donde el niño pasa gran parte de su vida y en donde se dan toda una serie de procesos de maduración y desarrollo, insustituibles por la familia, es la escuela. De la misma manera que en la familia, en la escuela aparecen factores de una gran trascendencia en la experiencia interna de los escolares como son el estilo educativo y las relaciones interpersonales. Esta aportación generadora de un buen o mal crecimiento del niño, va a presentar manifestaciones muy características como el fracaso escolar o comportamientos disfuncionales que, a su vez, van a crear una respuesta en el propio estilo educativo y las relaciones interpersonales, dándose una espiral de fenómenos cuya contribución a otros fenómenos como el consumo de drogas es evidente. Además el papel de la escuela es aportar una serie de técnicas, proyectos educativos, sistemas de comunicación e intercambio capaces de crear el conocido proceso de información, actitudes y por último hábitos. Elementos determinantes del carácter de un niño o un joven, como son la autoestima, el comportamiento asertivo, el saber pedir ayuda, el enfrentarse a riesgos, etc. son metas que la escuela, si lo hace bien, puede alcanzar y que además constituyen uno de los derechos del alumno y una de las obligaciones de la escuela. Por otro lado y, entendiendo las dificultades del proceso educativo que, evidentemente es entorpecido por lo que acontece en el ámbito familiar, la escuela debe plantearse en el diseño de las estrategias para cumplir sus fines, implicar, actuar y manejar de alguna manera el proceso familiar.

3. El ámbito comunitario.

Aunque se puede constatar que el proceso de los elementos comunitarios aparece como amenaza o como oportunidad de maduración por encima de los 12 años, cuando la autonomía del niño da un salto muy importante, no se puede olvidar que la familia y la escuela son definidas por lo que constituye los elementos configuradores

de la Comunidad. El tipo de familia o de escuela, con sus valores, sus pautas de comportamiento, sus objetivos de maduración son fruto, en una parte, de lo que configura la comunidad como identidad y razón de ser. Por otro lado, sobre todo, a partir de una cierta edad, la comunidad adquiere una especificidad muy clara y muy concreta que actúa sobre el joven y condiciona una gran parte de su propio comportamiento, a veces, en contra de su propio deseo y de la dirección que ha marcado la familia o la escuela. Eso supone entender la comunidad como una realidad capaz de crear comportamientos desde su propia dinámica interna. La cual obliga a planificar procesos que permitan hacer coherente el resultado de esas dinámicas internas con los objetivos y valores que consideramos válidos y cuya referencia son una constante para nuestro actuar. Los modos, las normas sociales, la convivencia, las leyes, los espacios de ocio y tiempo libre, presiones sociales como la xenofobia, la intolerancia o la violencia, todos son elementos que hay que intentar explicar, controlar, priorizar y dirigir a fin de poder plantear un marco de convivencia en donde se pueda crecer y madurar con unos valores que garanticen comportamientos, llamados de alguna manera, saludables.

4. La prevención comunitaria.

Hoy podemos substantivar la Prevención, más allá de los tópicos de específica, inespecífica o de primaria, secundaria y terciaria, como Prevención Comunitaria. Lo que constituye la Prevención como el conjunto de políticas que intervienen sobre el polo contrapuesto a la OFERTA y que se configura como el polo de la DEMANDA, conjunto de intervenciones que tratan de lograr el rechazo al consumo o, en todo caso, a la cronificación del consumo, y no sólo teóricamente sino capacitando para que ése no sea efectivo y real, debe denominarse como Prevención Comunitaria. Ya hemos dicho que dicha Prevención Comunitaria puede diferenciarse en tres ámbitos operativos cara a planificar los distintos modos de trabajo en los que el propio ámbito configura las características y los objetivos de las intervenciones. Pero lo más importante de hablar en estos términos sería el hecho de la dependencia y la necesidad de que las intervenciones en cada ámbito requieren su doble o triple ubicación. Intervenciones en el ámbito familiar supone buscar también la oportunidad de una relación operativa entre la familia y los otros ámbitos de la escuela y de la

comunidad. Es la familia la que debe encontrar un qué hacer en los propios diseños de los otros ámbitos y viceversa. Todas las intervenciones posibles, al fin y al cabo, serían técnicas e instrumentos de trabajo capaces de lograr los objetivos previstos a conseguir ya sea en el entorno familia, en el entorno escolar o en el entorno comunitario. Esto implica un doble reto. En primer lugar definir el ámbito propio y diseñar cómo conseguir los objetivos planteados: autoestima, capacidad de decisión, normatividad, consenso, sociabilidad, información, actitudes positivas. En segundo lugar elaborar proyectos con materiales y soportes adecuados a las características de cada intervención.¹³⁻¹⁵

Dañó que provoca:

El tabaco mata a cinco millones de personas al año y es la principal causa de mortalidad evitable en todo el mundo, aunque su crecimiento es especialmente preocupante en los países desarrollados, donde ya se producen cerca de la mitad de las muertes por tabaquismo. Finlandia prohibirá fumar en bares y restaurantes en virtud de una enmienda a la ley antitabaco, aprobada hace ahora un año.¹⁸

Enfermedades vinculadas al tabaco

En el último informe, la lista de dolencias tiene el tabaquismo como principal causa, asociada con el cáncer de pulmón. Se considera que fumar tiene una relación de causa-efecto con el cáncer de hígado, el de colon, de piel, cáncer bucal, la arterioesclerosis, las enfermedades cerebro vasculares, la diabetes mellitus de tipo dos, la degeneración macular asociada a la edad, la disfunción eréctil y la artritis reumatoide.

El tabaquismo, según el mismo informe, también provoca inflamación, pérdida de visión, perjudica el sistema inmunológico e incrementa el riesgo de morir de tuberculosis y de tener un embarazo extrauterino. En 1990 fue añadido el cáncer de vejiga a la lista de enfermedades provocadas por el tabaquismo, mientras que en 2004 incorporó el cáncer cervical.

El informe publicado concluyó que no hay evidencias suficientes para asegurar que el tabaco cause cáncer de próstata, ni tampoco de mama, pero en este último caso las pruebas son “sugereñtes aunque no definitivas”.

También se señala que los fumadores de hoy en día tienen un riesgo más alto de desarrollar cáncer de pulmón que los de hace cincuenta años, algo que se debe a los cambios en el diseño y la composición de los cigarrillos.^{19/20}

POTENTE CARCINOGENO DEL TABACO

Investigadores estadounidenses identifican un compuesto asesino clave en el humo del cigarrillo. La sustancia química acroleína, presente en el tabaco y también en algunos aceites de cocina, parece ser una causa de primera clase del cáncer de pulmón relacionado con el tabaco y de algunos cánceres de pulmón entre no fumadores también, de acuerdo con estudios realizados con células del cáncer de pulmón. La acroleína puede desencadenar mutaciones en el ADN de las células al reducir la capacidad de la misma para reparar ese daño, explicaron los investigadores (Health Day News/HispaniCare). "Los cigarrillos contienen muchos carcinógenos, algunos más potentes y abundantes que otros", dijo el investigador principal Moon-Shong Tang, de los departamentos de medicina medioambiental, patología y medicina de la Universidad de Nueva York. "La acroleína es probablemente la verdadera variación que causa el cáncer de pulmón inducido por el tabaquismo". De hecho, el equipo de Tang halló que la acroleína era 10,000 veces más prevalente que otras clases de carcinógenos, llamados Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos (PAHs), que habían sido identificados anteriormente como una causa del cáncer de pulmón.²²

Receptores de nicotina en las células renales

Se han descubierto receptores de nicotina en las células renales, un indicador más de que fumar puede acelerar el deterioro de los riñones (Health Day News/HispaniCare). Según evidencia clínica de pacientes, sugieren que las personas que tienen enfermedad renal y que fuman tienen un peor pronóstico que las personas no fumadoras estos acaban teniendo diálisis más pronto. Los riñones regulan la excreción y reabsorción de agua y electrolitos (como calcio, magnesio, potasio, sodio y sulfato) del cuerpo. Si los riñones no son capaces de expulsar estas sustancias, se incrementa el volumen de líquidos y sangre. La elevada acumulación de impurezas en la sangre puede hacer que una persona se sienta enferma, de

acuerdo con la información de fondo del estudio. La enfermedad renal es la causa más común para la alta presión sanguínea. Aún las alteraciones sutiles de la función renal pueden afectar la presión sanguínea, dado que los riñones regulan los niveles de sal en los fluidos del cuerpo. Si la enfermedad renal empeora puede conducir a insuficiencia renal, para la que se requiere diálisis o trasplante de riñón. Los receptores se encontraron en las células mesangiales, que están ubicadas en los glomérulos, las unidades de filtrado del riñón. Cuando existe enfermedad renal, esas células se activan a menudo para producir colágeno y fibronectina, moléculas que causan cicatrización en los riñones. Eso es justo lo que ocurrió cuando los investigadores añadieron la nicotina a los cultivos de células renales en una concentración similar a la esperada en un fumador promedio. La proliferación de células mesangiales se incrementó entre un 50 y 80 %. La producción de fibronectina aumentó casi 50 %. Esos efectos se redujeron cuando se añadía un compuesto que bloqueaba los receptores de la nicotina. Este daño se produce además de todos los problemas que causa el tabaquismo. El un hallazgo tiene una aplicación práctica para los médicos que tratan la enfermedad renal.²¹

Beneficio de abandono del tabaquismo

El tabaco es una droga que produce dos efectos: tolerancia y dependencia. La tolerancia no es más que una forma inconsciente y neurológica, cada vez quiere y necesita más para encontrar los niveles de satisfacción esperados. La dependencia significa que su toxicidad habitúa al cuerpo de manera que este pide su dosis diaria, despertando, si esta no llega, el síndrome de abstinencia lo que hace que cueste mucho dejarlo.

1. Mayor libertad. La supuesta libertad que significa fumarte un cigarrillo, es incomparablemente más falsa que la verdadera libertad de no depender de un hábito y no someter al organismo a contraer múltiples enfermedades e inconveniencias.
2. Mayor disponibilidad económica: el costo del hábito del tabaquismo es importante para la economía familiar, este ahorro supone disponer de este dinero, y es una oportunidad para destinarlo a cosas más gratificantes.

3. Más salud y mejor bienestar: un cuerpo sin la dependencia del tabaco funciona y te hace sentir saludable y sobre todo reduce el riesgo de sufrir enfermedades graves, se respira mejor y se recupera el gusto y olfato.

4. Mejor imagen personal: tener un cigarrillo en la boca no realza autenticidad, ni reafirma nada, pero si prescindes de él, recuperas la blancura de los dientes, tu aliento es mucho más fresco y no desprendes olores desagradables.

5. Mayor solidaridad con los no fumadores: Debido a la contaminación ambiental cada vez existen más personas sensibles a la contaminación del aire, que se agrava con la presencia de fumadores. Tener cuidado de no fumar en lugares públicos y cerrados, no habilitados para ellos, es un acto de civismo y de consideración a los demás.^{23/24}

Diseño Metodológico.

Se realizó un estudio no observacional cuasi experimental de intervención comunitaria, sobre tabaquismo en pacientes fumadores del consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo. El universo fue constituido por 62 fumadores y la muestra la constituyeron los que cumplieron con los criterios de inclusión, se utilizaron variables como el sexo, edad, nivel educacional, consumo de otras drogas, así como el nivel de conocimiento sobre tabaquismo, a los que luego de pedirles consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario para caracterizar la muestra y determinar el nivel de conocimiento, acorde a las cuales, se elaboro y aplicó una intervención educativa con examen final, aplicándose nuevamente el cuestionario. Esta vez sin incluir las preguntas de carácter general, que midió los resultados obtenidos. Los datos obtenidos fueron procesados y colocados en tablas, expresados en números y porcentajes. Se determino el nivel de conocimiento que presentan los participantes antes y después de la intervención educativa.

Ética Médica:

Para la realización del estudio contamos con la voluntariedad de los participantes para su inclusión en la investigación. A partir del consentimiento informado se le garantizo la confidencialidad, seguridad y confianza de la información que ellos aportaron y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseasen.

Los datos se procesaran por computadoras. Se emplearan técnicas estadísticas invariadas, distribuciones de frecuencia y cálculo de porcentajes

Universo y muestra.

El universo de estudio quedo constituido por 62 fumadores pertenecientes al consultorio médico de la familia numero 9, del Policlínico Vista Hermosa.

La muestra quedo compuesta por 35 fumadores los que cumplían los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes fumadores mayores de 19 años que viven en el área y estuvieron de acuerdo en participar voluntariamente en el trabajo.
- Que presente adecuada capacidad física y mental.

Criterios de exclusión:

- Se excluirán todos los pacientes que no estén de acuerdo en participar voluntariamente en el trabajo.
- Los menores de edad.
- Pacientes fumadores con discapacidad mental.
- Pacientes fumadores que se encuentren fuera del área de salud.

Criterio de Salida:

- Pacientes que quieran abandonar el estudio.

Operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa Discreta	De 20a 24 De 25 a 29 De 30 a 34 De 35 a 39 De 40 a 44 De 45 a 49 De 50 a 54 De 55 a 59	Años cumplidos según carnet de identidad.
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	según el sexo biológico
Edad de inicio del habito de fumar	Cuantitativa Discreta	Antes- 20 años Después- 20 año	según edad de inicio del consumo de tabaco
Tiempo de consumo	Cuantitativa Discreta	Menos de 5 años De 5 a 10 años Más de 10 años	cantidad de años consumo
Escolaridad	Cuantitativa Discreta	Primaria	según enseñanza terminada
		Secundaria	
		Preuniversitario	
		Universitario	
Causas de inicio	Cualitativa Nominal Politómica	Moda	Causas que motivaron el inicio del consumo del tabaquismo
		Imitación	
		Curiosidad	
		Tradiciones familiares	
		Búsqueda de placer	
		Depresión	
Otro habito toxico	Cualitativa Nominal Politómica	Problemas familiares	
		Café	Consumo habitual
		Alcohol	Bebedor Habitual y Crónico
Nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre el tabaquismo	Cualitativa Nominal Politómica	Medicamentos	Psicofármacos
		Bueno	Más de 20 puntos
		Regular	De 10 a 19 puntos
		Malo	Menos de 10 puntos

Métodos de investigación

Para desarrollar las tareas planificadas se aplicaron los siguientes métodos de investigación:

Teóricos

Histórico - lógico: Para el análisis de la literatura y documentación especializada, con el objetivo de analizar los antecedentes históricos que han caracterizado el abordaje de la prevención del Tabaquismo.

Análítico - Sintético: Al procesar la información obtenida de la literatura y la experiencia personal en el tema, para la fundamentación de la necesidad del estudio, caracterización del objeto y campo de acción de la investigación; y valorar los resultados obtenidos en cada una de las etapas de la investigación; así como en la elaboración de las conclusiones.

Sistémico estructural funcional: Para elaborar el material docente mediante la determinación de sus componentes, estructuras, principios de jerarquía y las relaciones funcionales que se dan entre cada uno de ellos.

Modelación: Para elaborar el sistema de habilidades en la capacitación educativa a partir de la concepción teórica basada en acciones de la teoría y la práctica.

Hipotético - deductivo: Durante el planteamiento y seguimiento de la hipótesis de la investigación.

Inducción - deducción: Al realizar el tránsito del objeto al campo de acción así como de lo general a lo particular y viceversa.

Empíricos

Encuesta: Se aplicó una encuesta con preguntas que contienen las variables objeto de estudio para la recolección de los datos primarios, la cual nos permitió identificar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa aplicada, y valorar así la factibilidad de la misma.

Análisis documental: Durante el estudio de documentos normativos del MINSAP, búsqueda bibliográfica en Internet, página Web, textos básicos, revistas y artículos científicos publicados recientemente acorde al estudio.

Triangulación de la información: □

Con los datos obtenidos de la información documental, más los datos primarios y métodos de procesamiento estadísticos se arribó a conclusiones.

Estadísticos

Se aplicaron procedimientos de la estadística descriptiva.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó acorde a los principios de la ética médica y la Declaración de Helsinki. Se les brindó información sobre los objetivos, métodos y beneficios de la intervención y se les garantizará el anonimato de los resultados, ellos autorizaron su participación en la investigación pudiendo abandonarla en el momento que lo deseen. En el estudio se tuvieron en cuenta ciertos principios éticos como el respeto a los participantes. El consentimiento, se realizó por escrito, mediante el llenado de una planilla (Anexo 2).

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se diseñó e implementó un Programa de Intervención Educativa en pacientes fumadores para elevar el conocimiento sobre la enfermedad. Anexo No.6, el cual fue estructurado siguiendo las siguientes etapas:

1-Etapa Diagnóstica:

Se confeccionó un listado con los nombres, apellidos, edades y direcciones de todos los fumadores y durante una visita al hogar se les explicó las características del estudio. A los que decidieron participar, previo consentimiento informado (Anexo 2) se les aplicó el cuestionario inicial (Anexo 3), el que recoge todo lo relacionado con las variables generales y el nivel de conocimiento inicial de cada paciente sobre el tabaquismo.

El cuestionario sobre el conocimiento se evaluó por ítem según la clave de evaluación (Anexo 4) de forma general considerándose:

Bueno: Puntuación mayor de 30 puntos.

Regular: Puntuación entre 20 y 30 puntos.

Malo: Puntuación menor de 20 puntos.

2- Etapa de intervención educativa:

Una vez analizados los resultados se procedió a trazar la estrategia de intervención educativa a partir de un programa elaborado a tal efecto, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo en los participantes. La intervención educativa se realizó cada 15 días en el CMF, en el horario de 1 a 2 de la tarde, donde se impartió un tema por encuentro. (Anexo 5)

Se utilizaron las siguientes técnicas educativas: lluvia de ideas, conversatorio y discusión grupal.

3 - Etapa de evaluación: A los 3 meses de realizada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario inicial (anexo 3). Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención.

Análisis y discusión de los resultados.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y Sexo en pacientes fumadores del consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017.

Grupo de Edades En años	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
De 20 a 24	4	11,43	0	0	4	11,43
De 25 a 29	2	5,62	1	2,8	3	8,42
De 30 a 34	4	11,43	2	5,62	6	17,05
De 35 a 39	1	2,8	3	8,5	4	11,3
De 40 a 44	5	14,52	1	2,8	6	17,32
De 45 a 49	3	8,5	0	0	3	8,5
De 50 a 54	3	8,5	5	14,52	8	25,95
De 55 a 59	1	2,8	0	0	1	2,8
Total	23	66	12	34	35	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes participantes en el estudio según edad y sexo. Podemos observar que en la muestra predominó el sexo masculino con 23 individuos lo que representa el 66 % y en el sexo femenino 12 para un 34%. En cuanto a la edad se puede observar que el grupo que predomina es el de 50 y más años con 8 pacientes, lo cual representa un 25,95 %, mientras que el grupo de edades de 30 a 34 años con 6 representando el 17,05 %, de igual forma en las edades comprendidas entre 40 y 44 años. El autor considera que el sexo es un factor importante en el consumo de tabaco, esto ha sido evidenciado en nuestra investigación y en investigaciones realizadas por otros autores. como es el caso de Lezcano E Epidemia de tabaco.¹²

Tabla 2. Distribución según edad de inicio del hábito de fumar en pacientes fumadores del consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017.

Edad de inicio del hábito de fumar	No	%
Antes de los 20 años	21	59,8
Después de los 20 años	14	40,2
Total	35	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 2 se puede apreciar que el mayor número de participantes inicio a fumar en edades tempranas de un total de 35 pacientes 21 comenzaron a fumar antes de los 20 años de edad para un 59,8%, esto presenta cierta correspondencia con el tiempo de consumo presentado por estos pacientes.

En estudio realizados por otros autores como es el caso de Suarez Lugo N se pone de manifiesto el inicio del habito de fumar en edades tempranas, estas principalmente comprendidas entre 15 y 18 años esto, con relación multifactoriales donde existe marcado deterioro, socio-cultural y disciplinario, donde existe poco control en familiar e institucional

Lo que propicia que muchos jóvenes tengan tendencia al consumo de alguna sustancia adictiva. El autor considera que se deben realizar programas de intervención educativa, orientada a este grupo de edades, ya que cada día más jóvenes fuman ⁹

Tabla 3. Distribución de los pacientes según tiempo de consumo de Tabaco.
Consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017.

Tiempo de consumo	No	%
Menos de 5años	4	11,43
De 5 a 10 años	8	22,8
Más de 10 años	23	65,8
Total	35	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 3 se muestra la distribución de los pacientes según el tiempo de consumo de tabaco de los 35 participantes 23 presentaban más de 10 años consumiendo la sustancia para un 65,8 %, y solo 4 con menos de 5 años de consumo.

El autor considera que como ocurre con otras sustancias adictivas una vez iniciado el consumo y entre más tiempo se use la sustancia más difícil es el abandono de esta, y mayor son los efectos perjudiciales que se presentan. Por este motivo podemos explicar, las afecciones relacionadas con el tabaquismo, presentado por varios de los participantes, dentro de las cuales se encontraban las afecciones respiratorias y las cardiovasculares.

Los pacientes comprendidos en el estudio fueron remitidos a la consulta de dejación tabáquica, con el objetivo de darle cumplimiento al programa vigente para la lucha anti tabáquica y tratar de disminuir la prevalencia e incidencia de esta afección para mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Lo expuesto anteriormente se ha descrito por otros autores como es el caso de Carballoso Hernández M, en sus publicaciones expone esta afección como una problemática de salud con existencia a diario de nuevos casos, afección silenciosa causal de pérdidas de años de vida y muertes por enfermedades relacionadas con esta adicción.^{9/10}

Tabla 4. Distribución de los pacientes fumadores según estudios terminados.
Consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017.

Escolaridad	No	%
Primaria	12	34,3
Secundaria	20	57,2
Preuniversitario	3	8,5
Universitario	0	0
Total	35	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 5 se describe el nivel educacional con que cuentan los participantes, en esta se puede observar un nivel educacional muy bajo, de 35 pacientes comprendidos en el estudio 20 de ellos contaban con secundaria básica terminada para un 57,2% y 12 de ellos un nivel primario. Ninguno de ellos contaba con nivel superior. Este estudio ha sido realizado en un área rural con una actividad económica principalmente agrícola y campesino por tradición. Por lo que puede existir relación con lo antes expuesto, aunque el nivel cultural sea aceptable. El autor considera que no guarda relación el nivel educacional, con el consumo de tabaco ya que esto es visto incluso en profesionales de la salud. Los cuales con conocimientos sobre el tema, lo cual es un recurso protector.

Al revisar estudios más abarcadores y con muestras más amplias podemos apreciar que no existe gran relación, del hábito de fumar con el nivel educacional con que cuente el individuo. Este fenómeno puede ser en cualquier esfera de la vida social, afectando de igual manera a intelectuales como a los que no lo son.¹⁰

Tabla 5. Distribución de los pacientes según causas que motivaron el inicio del hábito de fumar. Consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017.

Motivación	No	%
Moda	1	2,8
Imitación	6	16,8
Curiosidad	20	57,2
Búsqueda de placer	3	8,4
Depresión	2	5,62
Problemas familiares	3	8,4
Total	35	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 6 se describen las motivaciones más frecuentes que condicionan el hábito de fumar, observándose que los 35 participantes tuvieron alguna motivación para iniciar el consumo de cigarro, con mayor motivado por curiosidad representado por 20 casos para un 57,2%, seguido por motivos de imitación con 6 casos para un 16,8%. Ninguno de los participantes por tradiciones familiares. El autor considera que la curiosidad es algo que motiva a muchos pacientes en edades tempranas a fumar. En otros estudios realizados por otros autores como es el caso de . Ávila González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y, donde existe similitud con nuestro estudio aunque, en los adolescentes la moda es uno de los motivos fundamentales, seguidos por el de la imitación. Dado por el fenómeno que presentan los jóvenes a imitar a otros, como son los padres, familiares, amigos, etc. ²⁶

Tabla6. Distribución de pacientes según práctica de otros hábitos tóxicos. Consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017

Práctica de otros hábitos tóxicos	No	%
Sí	33	98,38
No	2	5,62
Total	35	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 7 se describe la práctica de otros hábitos tóxicos en pacientes fumadores, dentro de los que estudiamos el consumo de alcohol, café y fármacos (psicofármacos). Nos centramos en estos ya que son los que se han descrito en otras bibliografías como los más consumidos por la población cubana.

En la tabla se expone que de los 35 casos 33 de ellos practicaban otro hábitos tóxicos para un 98,38%. De estos 7 son consumidores habituales de alcohol, 5 presentan uso de psicofármacos (nitrazepan, diazepam o clorodeazepóxido) y el consumo de café con 33 pacientes fue el de mayor incidencia. El autor considera que el tabaco como droga portera para la inserción al consumo de otras drogas, es factor de riesgo importancia. Por lo que se deben aumentar las medidas de lucha contra este mal, que afecta de manera silenciosa a nuestra población,

Como en otro estudio realizado, como es el caso de “Tabaquismo: Un desastre para la salud pública”, se manifiesta que existe estrecha relación de el tabaquismo con el consumo de otras sustancias que pueden ser adictivas o condicionar cierto grado de estimulación física o mental. ⁶

Tabla 7. Distribución de pacientes según nivel de conocimiento que poseen los fumadores. Consultorio 9. Policlínico Vista Hermosa. Enero - Diciembre 2017

Nivel de conocimiento sobre el tabaquismo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bien	0	0	31	88.57
Regular	4	11.43	3	8.63
Mal	31	88,57	1	2.8
Total	35	100	35	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 8 se describe el nivel de conocimiento que presentaban los participantes en el estudio al iniciar la investigación, obteniendo los datos mediante la aplicación de una encuesta, con el objetivo de precisar los conocimientos que presentaban los fumadores participantes en el estudio sobre el tabaquismo. Al inicio de la investigación pudimos comprobar, que en el grupo estudiado existía un nivel de conocimiento calificado de malo por los datos obtenidos los cuales fueron. De 35 casos solo 4 presentaron regulares conocimientos para un 11,43%, 31 de ellos nivel de conocimiento malo para un 88,57%. Y ninguno alcanzo buenos resultados. Lo expuesto no se ha expresado en ninguna bibliografía consultada.

Luego de aplicar la intervención educativa por medio de la lluvia de ideas, la dinámica grupal y los conversatorios, fuimos capaces de modificar la variable antes descritas. En este entonces se aplico nuevamente la encuesta a forma de examen final, esta vez excluyendo las preguntas encaminadas a la obtención de datos generales. Alcanzándose entonces buenos resultados por la mayoría de los participantes, solo 3 de ellos presento resultados regulares y 1 de ellos con resultado malo.

Consideramos que a diario se realizan actividades de promoción y prevención de salud por los medios audiovisuales y campañas, pero no parecen ser del todo efectivas ya que la incidencia de fumadores es cada día mayor, creemos que con medidas de intervención comunitaria de este tipo, dirigidas a fumadores, no fumadores y grupos vulnerables como son los adolescentes. Por medio de conversatorios educativos, conferencias y otras técnicas, individuales o grupales, se pueden lograr mayores resultados. De esta manera el autor considera, que sería posible proveer a nuestra población de herramientas preventivas y lograríamos disminuir la incidencia de esta afección.

Conclusiones:

Concluimos nuestro estudio refiriendo al tabaquismo es una enfermedad, que causa gran deterioro a la salud del enfermo y conlleva al surgimiento de afecciones de importancia en nuestras sociedades.

El conocimiento sobre el tabaquismo como enfermedad, los daños a la salud causados por este y la percepción de riesgo que tenían los participantes hacia esta entidad en un inicio fueron malos pero luego de aplicar las medidas de intervención fueron muy favorables. Por lo que podemos afirmar que se cumplió con los objetivos trazados.

Recomendaciones:

Recomendamos la realización de estudios similares, en otras áreas de salud con el objetivo de conocer el comportamiento del tabaquismo en nuestras comunidades, y trazar estrategias de intervención comunitaria, encaminadas a elevar el nivel de conocimiento que se tiene sobre el tema. De esta manera contribuiremos a elevar el nivel de vida en nuestras comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordóñez PO, Cooper RS, Espinosa AD, Iraola Ferrer MD. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control. Rev. Cubana Salud Pública. 2010; 31(4):58-9.
2. Rial Blanco N. El control para la prevención y el control del tabaquismo del INACV. Rev. Cubana Angiología y Cirugía Vascular. 2010. 1:32.
3. Instituto Nacional de Investigación sobre Tabaco. Boletín para el control del tabaco. Cuernavaca, México. Septiembre 2010, p.7.
4. López García-Aranda V, García Rubiera J. Tabaco y enfermedad coronaria [sitio en Internet]. [Consultado 2016].
5. Organización Panamericana de la salud. Tres mediciones fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en Las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2011. [Publicación científica Vol., 11, No. 2].
6. Organización Panamericana de la Salud. Tabaquismo: un desastre para la salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2008
7. Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Perspectivas de control del tabaquismo en América Latina y el Caribe [CD ROM]. México: INSP; 2004. [Información seleccionada para el curso de verano. 23-27 Agosto de 2011].
8. Valdés Salgado R, Lazcano Ponce E, Hernández Ávila M. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. México, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2011.
9. Suárez Lugo N. Tabaco o salud: una decisión social. Revista Horizontes Sanitarios. UJAT. 2011; 3(2). [Tabasco, México].
10. Suárez Lugo N, Caraballos Hernández M, Echevarría Negrín S. El tabaquismo en los profesionales de la salud en el municipio Habana Vieja. Rev Cubana Salud Pública. 2011; 34(4).

11. Warren Ch, Riley S. Tobacco use by youth: a surveillance report from the global youth tobacco survey project. Bull WHO. 2012;78 (7):20.
12. Lezcano E. La epidemia de tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. Salud Pública Méx. 2012; 44 (supl. 1):5-18.
13. Suárez Lugo N. Enfoque Social de la Mercadotecnia Sanitaria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
14. Dirección Nacional de Registros y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2006. La Habana: MINSAP; 2013.
15. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. La Habana: INHEM; 2013.
16. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. Encuesta nacional de factores de riesgo. La Habana: INHEM; 2011
17. La OMS insta a los profesionales de la salud a participar en la lucha contra el tabaco. [Serie en Internet]. [Citado 24 Ene 2016].
18. Suárez Lugo N. El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública. 2006; 32(2):102-10.
19. Pineda Bonilla J. Despistaje de la EPOC en fumadores. Enfermedades del Tórax [Internet] 2009 [citado 29 Nov. 2016]; 44(2).
20. bbcmunido.com [página Web en Internet]. ¿"Cirugía" para fumadores? Londres Inglaterra. Actualizado: 26 de enero de 2010[citado: 22 oct. 2016].
21. Hallan [página web en Internet]. Receptores de nicotina en células renales. Washington - Estados Unidos. Actualizado: 06 de octubre de 2009[citado: 22 oct. 2016].
22. Health Day [página web en internet]. Los cigarrillos "Light" afectan sustancialmente el flujo sanguíneo. Estados Unidos. Actualizado: 16 de mayo de

2010[citado: 22 oct. 2016].

23. Yusuf S, Phil MB. The epidemics of type 2 diabetes, obesity, and the metabolic syndrome [artículo en internet]. 2010[citado: 22 oct. 2016].

24. Pérez Trullán. Richard Doll: pionero en determinar los riesgos del consumo de tabaco (2002-2013). Rev. Prevención Tabaquismo. 2017; 7(3).

Anexo: 1

Aval al cliente:

A: Quien pueda interesar:

El que suscribe, Dra. Iliana Sánchez Barallobre, Directora del Policlínico docente Universitario "Vista Hermosa", doy constancia a nombre de la institución que represento de la aceptación del proyecto Intervención educativa en pacientes fumadores, para modificar el nivel de conocimiento y disminuir los daños provocados por el tabaquismo, en el consultorio de guaramanao adentro. Período enero - diciembre 2017, de importancia para disminuir la prevalencia de esta problemática en la comunidad. Este proyecto, además de cumplir con los principios de la ética médica y enmarcarse dentro de los temas priorizados por el MINSAP, permitirá la aplicación del mismo en todos los niveles de atención primaria en la provincia. Por cuanto, como máxima representación de esta institución me comprometo a ayudar en su introducción en la asistencia médica.

Para que así conste:

Atentamente:

Dra. Policlínico Vista Hermosa.

Calixto García, Holguín

ANEXO. 2

Consentimiento informado:

Se está realizando una investigación en el Consultorio de Guaramanao Adentro con el objetivo de diseñar una estrategia de atención psicológica integral a pacientes fumadores, para ello se hace necesario que usted ofrezca sus conocimientos sobre el tema y contribuya así a eliminar o disminuir este fenómeno en la sociedad. Para ello se le aplicarán algunos cuestionarios que servirán para obtener la información necesaria a la luz de la investigación.

El presente documento de consentimiento informado, entregado por los investigadores, previa consulta oral, forma parte del protocolo de investigación.

Yo _____, por este medio, doy mi consentimiento para responder a los instrumentos del estudio, teniendo en cuenta que la información que brinde será de carácter confidencial y no serán divulgados detalles personales.

Firma

Anexo- 3

Cuestionario.

Estimado paciente:

Con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo, se está desarrollando una investigación. Para ello solicitamos su colaboración. Los datos aportados, serán procesados y se mantendrán los principios éticos de confiabilidad. Muchas gracias por sus participaciones en el estudio.

1. Marque con una x según corresponda a su edad

Entre 20-24 años _____

Entre 25-29 años _____

Entre 30-34 años _____

Entre 35-39 años _____

Entre 40-44 años _____

Entre 45-49 años _____

Entre 50-54 años _____

Entre 55-59 años _____

2. Sexo:

Femenino _____.

Masculino _____.

3. Edad a la que usted comenzó a fumar.

Antes de los 20 años _____

Después de los 20 años _____

4- Tiempo de consumo de cigarro.

Menos de 5 años _____

De 5 a 10 años _____

Más de 10 años _____

5- Con qué nivel educacional usted cuenta. (Estudios terminados)

____Primaria

____Secundaria

____Preuniversitario

____Universitario

6-Causas que lo motivaron a iniciar el consumo de cigarro.

___Moda

___Imitación

___Curiosidad

___Costumbres familiares

___Tradiciones familiares

___Búsqueda de placer

___Depresión

___Problemas familiares

7-¿Usted consume otra sustancia? Marque con una x.

___Café

___Alcohol

___Fármacos (Psicofármacos)

8- Marca con una X cuál de estas enfermedades son ocasionadas por el Tabaco
Cáncer de pulmón. _____

Cirrosis hepática. . _____

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica _____

Sangramientos digestivos. . _____

Cáncer de Próstata _____

Neuropatías. _____

Afecciones ginecológicas. _____

Cáncer bucal _____

Bronquitis Crónica _____

Envejecimiento de la piel _____

9- ¿Considera usted que el tabaco ocasiona daño a la salud? Marque con una x.

SÍ _____ No _____

10-¿Considera que tabaquismo es una enfermedad? Marque con una x.

___Si ___No

11- ¿Se considera usted una persona enferma? Marque con una x.

____Si ____No

12 -Marque con una x la síntomas y signos provocado por el Tabaquismo.

Ansiedad _____

Ronquera _____

Trastornos del sueño_____

Nerviosismo._____

Pérdida del apetito_____

Fatiga_____

Falta de aire ocasional_____

Disminución del rendimiento laboral_____

Mal aliento _____

Lesiones bucales _____

Anexo- 4

Clave de calificación.

Las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 son de datos generales.

Pregunta: 8 Tiene un valor de 10 puntos. Presenta 10 ítems, los cuales son los correctos.

Si se marcan los 10 ítems correctos: Se obtienen 10 puntos

Pregunta: 9 la respuesta es sí ___ Se obtiene 5 puntos

Pregunta: 10 la respuesta debe ser si ___ Se obtiene 5 puntos

Pregunta: 11 la respuesta debe ser si ___ Se obtiene 5 Puntos

Pregunta: 12 Tiene un valor de 10 puntos. Presenta 10 ítems, los cuales son correctos.

Si se marcan los 10 ítems, Se obtienen 10 puntos.

Evaluación del nivel de conocimiento y percepción de Riesgo según puntuación obtenida.

Si obtienen más de 30 puntos es buena.

De 20 a 30 puntos es regular.

Menos de 20 malo.

Anexo. 5

Intervención Educativa sobre daños y provocados por el tabaquismo.

Este programa, ha incluido entre sus objetivos la modificación del nivel de conocimientos sobre el tabaquismo.

Objetivos:

Incrementar el conocimiento que poseen los pacientes fumadores sobre los daños causados a la salud por el consumo de tabaco.

Brindar información general sobre:

- Definición de tabaquismo.
- Comportamiento nacional e Internacional.
- Principales factores de riesgo.
- Síntomas y manifestaciones clínicas.
- Daños causados a la salud.

Actividad # 1

Tema: Presentación del Curso.

Tiempo: 45 min.

Objetivo:

Presentar los participantes.

Formar los subgrupos.

Comprobar los conocimientos.

Contenido: Se realizará la presentación del curso y los participantes. Seguidamente se conformarán 4 subgrupos y se comenzará a evaluar el nivel de conocimiento en forma grupal mediante la técnica de lluvias de ideas se aplicarán preguntas de conocimiento sobre el tabaquismo.

Materiales: Lápiz, hoja y encuesta.

Técnica: Lluvia de ideas.

Actividad # 2

Tema: Definición de tabaquismo. Comportamiento nacional e Internacional.

Tiempo: 45 min.

Objetivo:

Definir concepto de Tabaquismo. Conocer el comportamiento nacional e internacional

Contenido: Se realizará una charla educativa donde se dará a conocer la definición de tabaquismo con el objetivo de adentrar a los participantes en el tema. Se explicara la composición química del tabaco. Se dará a conocer el comportamiento del tabaquismo nacional e internacional. Además de abordar aspectos fundamentales del tabaquismo como enfermedad con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de los participantes sobre esta afección.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: conversatorio.

Actividad # 3

Tema: Factores de riesgo en el tabaquismo.

Tiempo: 45 min.

Objetivo: Dar a conocer los factores de riesgo del tabaquismo.

Contenido: En este encuentro se aplicara una charla educativa donde se abordaran los factores de riesgo que pueden conllevar al surgimiento del tabaquismo para de esta manera concientizar a los participantes sobre la necesidad de evitar el surgimiento de esta patología entre familiares, vecinos y amigos. Para disminuir así la incidencia de esta enfermedad en la comunidad y contribuir con el programa vigente.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Conversatorio.

Actividad # 4

Tema: Síntomas y manifestaciones clínicas del tabaquismo.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Conocer los síntomas y manifestaciones clínicas del tabaquismo.

Contenido: Se realizará una charla educativa con el objetivo de dar a conocer los síntomas

Y manifestaciones clínicas presentes en el tabaquismo con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de los participantes sobre esta enfermedad.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Conversatorio.

Actividad # 5

Tema: Medidas de prevención.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Dar a conocer a los participantes los daño causados a la salud por el tabaquismo.

Contenido: Se aplicara una charla educativa donde se abordaran daños y patologías derivadas del tabaquismo. Se explicaran cada una de ellas, se llamara a la reflexión sobre la necesidad del a corto plazo del consumo de tabaco. De esta manera pensamos elevar el nivel de conocimiento de los participantes sobre el tabaquismo y disminuir la prevalencia de esta patología en la comunidad.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Conversatorio.

Actividad # 6

Tema: Conclusiones.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Realizar un resumen de todo lo aprendido. Aplicar la encuesta.

Contenido: Médiante una charla educativa concluiremos el curso y luego aplicaremos la encuesta inicial con el objetivo de evaluar los conocimientos obtenidos con el curso.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Conversatorio.

ANEXO 6

Dirección Municipal de Salud

Carta del cliente

Programa: Lucha antitabaquica.

Institución que gestiona el programa: Policlínico de Buenaventura

Institución ejecutora principal del proyecto: Policlínico de Buenaventura

Título del Proyecto: Metodología de intervención sobre los factores de riesgo en pacientes con intento suicida en el policlínico de Buenaventura

Jefe del proyecto: Dr. Yurislandy Pérez Ricardo

La Dirección Municipal de Salud del Municipio Calixto García teniendo en cuenta el nivel de prioridad del proyecto de investigación presentado por la Dr. Yurislandy Pérez Ricardo y los beneficios que el mismo aportará al mejoramiento de los servicios de salud en la comunidad de Buenaventura y en el municipio Calixto García, se compromete a apoyar de forma incondicional la ejecución de la presente investigación, en aras de obtener los resultados que de esta se espera.

Atentamente.

Lic. Yadira Pupo Diego.
Directora Municipal de Salud

ANEXO 7

Dictamen o Aval de Aprobación en Consejo Científico

Programa: Lucha antitabaquica.

Institución que gestiona el programa: Policlínico de Buenaventura

Institución ejecutora principal del proyecto: Policlínico de Buenaventura

Título del Proyecto: Metodología de intervención sobre los factores de riesgo en pacientes con intento suicida en el policlínico de Buenaventura

Jefe del proyecto: Dr. Yurislandy Pérez Ricardo

Resultado del Análisis: Aprobado X No Aprobado

Observaciones:

En sesión ordinaria del Consejo Científico del policlínico, se presentó la solicitud de aval del proyecto de investigación, que tiene como investigador principal a la Dra. Liliana García Ricardo.

Una vez analizada la solicitud se aprobó otorgarle el aval por todos los presentes, lo cual fue recogido en el acuerdo No: 114, acta #13 con fecha 29/11/20017 del presente curso escolar, tomando en consideración los criterios siguientes:

- El proyecto responde a los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública.
- El proyecto se dirige a. elaborar una metodología de intervención para el comportamiento de los factores de riesgo en pacientes con intento suicida en el policlínico de Buenaventura.
- Entre sus resultados principales se destacan el impacto social, medio ambiental y económico, expresado en su novedad ya que su implementación elevará la calidad de vida tanto de los pacientes con conducta suicida como de las familias, a partir de la inserción de estos en la sociedad.
- El diseño de la investigación está acorde con la metodología establecida para las investigaciones médicas.
- El investigador principal y su equipo reúne las características y experiencias necesarias para la ejecución del proyecto.
- El proyecto se elabora sobre la base de los servicios e instalaciones presentes en la institución ejecutora, el cual evidencia su factibilidad y se compromete a asumir la ejecución de la misma.

Dra. Ernestina Ferrer Proenza

Presidente del Consejo Científico

Rodríguez.

Científico.

Dra. Mariluz Rodríguez

Secretario del Consejo

Fecha: