

Fecha de presentación: abril, 2015 Fecha de aceptación: mayo, 2015 Fecha de publicación: junio, 2015

ARTÍCULO 8

¿CÓMO DISMINUIR EL TABAQUISMO EN EL NICHÓ?

HOW CAN SMOKING BE DECREASED IN EL NICHÓ?

Lic. Pablo Laviña Surita

Lic. Marta Rosa Castillo Morera

MSc. Orlando Víctor Pérez Cabrera

¿Cómo referenciar este artículo?

Laviña Surita, P., Castillo Morera, M. R., & Pérez Cabrera, O. V. (2015). ¿Cómo disminuir el tabaquismo en el nicho?. Revista Conrado [seriada en línea], 11 (49). pp. 45-50. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/>

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención en el Consultorio Médico de la Familia de El Nicho del Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón del municipio Cumanayagua provincia Cienfuegos, durante el período comprendido de enero a junio del 2014. Se aplicaron técnicas educativas previa caracterización de los participantes. Las diferentes acciones de salud que se pusieron en práctica estuvieron encaminadas a reducir la prevalencia de fumadores en las que se utilizaron métodos educativos como: charlas, videos debate y conferencias, Festivales recreativos educativos de salud, talleres, dinámica de grupos debates. Las técnicas de intervención educativa fueron de gran utilidad para la desestimulación tabáquica en nuestra estrategia, sin embargo, los resultados obtenidos en el tratamiento del tabaquismo no son todo lo satisfactorios que se desearían.

Palabras clave:

Tabaquismo, estilos de vida.

ABSTRACT

A study of intervention in the Doctor's Office of El Nicho, belonging to the Polyclinic Aracelio Rodríguez Castellón from the municipality of Cumanayagua, Cienfuegos; was developed from January to June in 2014. Educative techniques were applied taking into account the participants' characterisation. The different health actions carried out in the area were targeted to the reduction of the predominance of smokers using educative methods, such as: talks, video-debates, lectures, health care-related educative and recreative festivals, workshops and group debate dynamics. The educative intervention techniques were highly useful to the reduction of smoking stimulation in our strategy; however, the results we achieved in the treatment of smoking were not as pleasant as we expected them to be.

Keywords:

Smoking, life styles.

INTRODUCCIÓN

Los nativos de América insular lo denominaban Cogiba o Cohíba su uso era de todos los integrantes de la tribu. La forma de consumo variaba, podía ser fumado, masticado y otras veces aspirado. Se usaba con fines religiosos, adivinación, talismán, medicinales, purgantes, cicatrizantes, para la fiebre, reuma, asma, mordedura de serpientes, picadura de insectos, quemaduras, golpes, dermatitis, gotas, ornamentales, hasta convertirse en objeto de placer

El primer escrito en que se reconoce su carácter adictivo y a su vez el primero que lo condena fue realizado por el padre Bartolomé de las Casas en 1520, quien lo bautiza con el nombre de tabaco.

El tabaco es el único producto responsable de consumo masivo, que mata a la mitad de sus consumidores crónicos. Su consumo daña de múltiples maneras al individuo, a la sociedad y al mundo. La Organización Mundial de la Salud señala que si se quiere conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el uso del tabaco en los próximos 30 a 50 años, las medidas de prevención y control deben ir acompañadas de una política asistencial eficaz

Cada año mueren en el mundo cerca de 5 millones de personas, y la mitad de estas muertes ocurren entre los 30 y 69 años, perdiéndose más de 20 años de esperanza de vida. Cada cigarrillo consumido acorta en siete minutos la vida del fumador. El tabaco ocasiona el 12% de la mortalidad adulta mundial, se relaciona con 33% de las defunciones por todos los cánceres, con el 80 al 90% de defunciones por cáncer de pulmón, con el 25% de las cardiopatías isquémicas y el 75% del enfisema pulmonar y la bronquitis crónica.

En el país, el tabaquismo es un serio problema de salud. De las diez primeras causas de muerte en el 2012, ocho están relacionadas con esta adicción. Entre los países de América ocupamos el quinto lugar de prevalencia de tabaquismo con un 23,7 %.

El consumo de cigarrillos ha sido plenamente identificado como un factor de riesgo para la salud y ha quedado demostrada la fuerte asociación entre éste y el aumento de la morbi-mortalidad de enfermedades respiratorias, cardiovasculares, digestivas y neoplásicas, así como el aumento del riesgo de abortos espontáneos, mortalidad perinatal y bajo peso al nacer. Por lo que en el país las tres primeras causas de muerte relacionadas con el tabaquismo son las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades cerebro-vasculares.

En los años 80, comenzó un proceso de cambios en el cuadro de morbilidad y mortalidad en Cuba, predominando las enfermedades no transmisibles y otras afectaciones a la salud, relacionadas con el envejecimiento poblacional y comportamientos no saludables, como el tabaquismo, el uso

nocivo del alcohol, el consumo excesivo de sal, azúcares y grasas, el sedentarismo, la obesidad, entre otras.

En la actualidad, entre las principales causas de mortalidad para todas las edades, durante 2013 ocupan las cinco primeras causas los tumores malignos, las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la influenza y neumonía y los accidentes, lo que visibiliza la influencia de los factores de riesgo prevalentes y los determinantes sociales de la salud en la población cubana.

El objetivo que persigue dicha investigación es caracterizar los fumadores de El Nicho en cuanto a edad, sexo, conocimientos, actitudes, creencias y otras variables, también valorar el grado de dependencia a la nicotina y las fases del abandono antes y después del programa de intervención.

Estudios realizados por instituciones cubanas sobre la prevalencia de factores de riesgo, comportamientos y prácticas de la población manifiestan:

1. La población conoce de la nocividad del tabaco y perciben que es un riesgo el 93,9%.
2. La enfermedad más conocida como riesgo del tabaquismo resultó ser el cáncer del pulmón con 97,9% mientras que el 10,5% señaló otros cánceres, 3,2% el enfisema pulmonar y solamente 1,9% mencionó la bronquitis crónica.
3. Fuma el 23,7 % de la población mayor de 17 años iniciándose el 75% de estos en la adolescencia.
4. La situación percibida en hombres y mujeres como de mayor riesgo fue fumar (89,9 %), seguida de estar en sobrepeso y comer con grasa de cerdo: 81 %, cada una.
5. En profesionales de la salud, el 8,3% de los fumadores encuestados consideró que no es riesgoso fumar, de ellos más de la mitad (51,9%) valoró poco riesgoso fumar en lugares cerrados junto a otras personas y el 68,8% que otros fumen en los lugares en que ellos se encuentran.
6. Más de la tercera parte (36,7%) de las mujeres profesionales de la salud aún durante el embarazo continuaron el consumo de cigarrillos.
7. Considerar de alto riesgo estar expuesto al humo de tabaco ajeno fue significativamente menor que fumar activamente y se mantuvo en rango similar la valoración de añadir sal a las comidas luego de ser elaboradas.

El tabaquismo pasivo es una de las principales causa de enfermedades en los no fumadores sanos, encontrándose tasas de mortalidad y morbilidad del 30% más altas en ellos, es por eso que se crean espacios libres de humo porque en la combustión del tabaco se producen miles de sustancias como gases, vapores, orgánicos y compuestos suspendidos en forma de partículas, que son transportadas por el humo hacia los pulmones, actuando principalmente sobre el aparato respiratorio. Aunque también algunas de

ellas son absorbidas y pasan a la sangre desde donde afectan tejidos y órganos.

Las personas no fumadoras que se ven obligadas a respirar aire contaminado por combustión del tabaco llamados fumadores involuntarios o fumadores pasivos, presentan por ello mayor riesgos de enfermedades relacionadas con el consumo e incluso desarrollar una dependencia a la nicotina. El tabaquismo pasivo, por tanto, molesta y también daña.

Actualmente no existe duda de lo perjudicial de respirar el humo del cigarro ajeno. Los estudios realizados dejan claro que fumar en espacios cerrados no puede continuar considerándose un hecho normal, sino una agresión a la salud y sus riesgos para cuantos se encuentren en ese ambiente, por las siguientes razones:

- El humo exhalado por el fumador procedente de la corriente principal.
- El humo emitido por el cigarrillo en su combustión espontánea.
- Los contaminantes emitidos en el momento de fumar.
- Los contaminantes que se difunden a través del papel de cigarro entre las fumadas.

¿Por qué debemos crear espacios libres de humo?

- El aire contaminado por humo de tabaco mata y causa graves enfermedades.
- Toda la población tiene derecho a respirar aire limpio, libre de humo de tabaco.
- Las prohibiciones de fumar tienen un amplio apoyo entre fumadores y no fumadores.
- Los ambientes 100% libres de humo de tabaco proporcionan a las numerosas personas fumadoras que quieren dejar de fumar un fuerte estímulo para disminuir su consumo o abandonarlo por completo.
- La exposición al humo de tabaco se produce en todos los lugares donde se permite fumar: el hogar, el trabajo, los lugares públicos.
- Los ambientes 100 % libres de humo tabaco son la única estrategia eficaz para reducir la exposición al humo del tabaco y sus consecuencias.

En la actualidad se conoce que en el humo del tabaco se han detectado un sinnúmero de sustancias nocivas como la nicotina, el monóxido de carbono, sustancias cancerígenas e irritantes. La nicotina es el principal componente adictivo del tabaco. Actúa sobre el sistema nervioso central produciendo una excitación seguida de depresión.

La adicción de fumar está comenzando cada vez en edades más tempranas y entre los 12 y 15 años fuman por igual mujeres y hombres. Lo esencial radica en evitar que se

contraiga la adicción, en evitar que se produzca la primera inhalación de humo, por lo que debe llevarse a cabo un amplio trabajo de prevención y promoción de salud por parte del modelo de atención primaria del médico y enfermera de la familia en nuestra población. Los programas de prevención del tabaquismo se enfocan a proveer información y en alertar a los individuos a cambiar sus comportamientos.

DESARROLLO

En nuestro municipio existe en la actualidad un total de 10 278 personas fumadoras, que representan el 24,8% de la población mayor de 15 años. Teniendo en cuenta lo antes planteado y dada la alta cifra de fumadores en la población, consideramos de interés realizar un estudio de intervención en el Consultorio Médico de la Familia (CMF) El Nicho, un asentamiento rural y montañoso del área de salud del policlínico "Aracelio Rodríguez Castellón", con el objetivo de disminuir la adicción de fumar.

Se realizó una investigación con diseño cuasi experimental en el CMF El Nicho del área de salud de dicho Policlínico, durante el período comprendido de enero a junio del 2014. La muestra quedó conformada por los 62 fumadores dispensarizados en el consultorio. La recolección de la información se confeccionó teniendo en cuenta los objetivos de dicho trabajo por lo que se creó un formulario dirigido a conocer las características demográficas y socioculturales de la población.

Se utilizó la entrevista estructurada para conocer la fase de abandono en que se encontraba el fumador, como el Test de motivación: con el objetivo de conocer las posibilidades de éxito y Test de Fagerström a través del cual se evaluó el grado de dependencia para la nicotina: leve, moderada o con alta dependencia.

La información se introdujo en un libro de Microsoft Excel, posteriormente fue procesada mediante el paquete del programa estadístico SPSS versión 10.0, quedando los datos resumidos a través de Tablas estadísticas donde se muestran las frecuencias absolutas, porcentajes y por cientos de prevalencia.

Consideraciones éticas: se recogió el consentimiento de todas las personas que participaron en la investigación, fundamentando la importancia del estudio.

Se realizaron diferentes acciones de salud encaminadas a reducir la prevalencia de fumadores en las que se utilizaron métodos educativos como: charlas, videos debate y conferencias, Festivales recreativos educativos de salud, talleres, dinámica de grupo debates.

Participaron en las actividades de intervención los psicólogos del área de salud, el psiquiatra del área, el médico y la enfermera del CMF, líderes formales, trabajadora social y la autora de la investigación.

Se crearon 7 grupos homogéneos; se aplicaron sesiones de trabajo de aproximadamente 2 horas de duración dos veces por semana y las actividades de intervención se realizaron en los primeros seis meses del año 2014.

Los temas impartidos fueron los siguientes:

La adicción de fumar y riesgo de cáncer del pulmón, motivaciones del consumo tabáquico, factores de inicio y factores de mantenimiento, dependencia física y dependencia psicológica, efectos adversos del consumo tabáquico en la salud individual, adicción nicotínica, drogo-dependencia, fumador pasivo y otros cánceres asociados al tabaquismo, así como ejemplos de enfermedades que ocasiona esta adicción.

Se emplearon técnicas conductuales con estrategia participativa, basada en el empleo de manera combinada de técnicas que actúan en los niveles cognitivos, afectivo y conductual. El tratamiento estuvo orientado inicialmente a las personas que consiguieran la abstinencia.

Se realizaron las siguientes técnicas educativas: El grupo focal como herramienta diagnóstica, presentación, la ronda, análisis, las frases, el sociodrama y el grupo nominal para la integración, pasado-presente-futuro y la carta para la evaluación.

Trascurridos los 6 meses que duró la intervención, se aplicó la segunda parte del formulario inicial, que estuvo dirigido a evaluar la efectividad de las actividades realizadas en la intervención educativa para lo que se tuvo en cuenta las variables: abandono de la adicción, disminución del número de cigarrillos (en caso de no abandono total), desaparición de síntomas asociados a la adicción y sugerencias.

Al analizar la frecuencia de la adicción de fumar en relación con el sexo, se observó que un 19,2% pertenece al sexo masculino y el 13% al femenino. La prevalencia de fumadores en el consultorio médico es de un 16%, encontrándose en mayor proporción en la población adulta; predomina el grupo de 20-24 años, con un 19,1, seguido del grupo de 25-59 años de edad.

El grupo de edad con mayor proporción de iniciación fue el de 15-19 años (46,1%). El 30,7% refirió haber comenzado la adicción a los 20 años de edad y más. Se apreció que la influencia familiar, sobre todo de los padres y hermanos en la adquisición de la adicción, fue de un 39,5%. El placer constituyó la segunda causa que motivó la adicción (21,2%).

De acuerdo con el nivel de escolaridad, el 36,5 % poseía nivel secundario; el 25%, el primario, y el 14,4% tenía un nivel preuniversitario y universitario (para ambos). El 78 % de la población pertenece a trabajadores agrícolas. El 66,3 % llevaba más de 10 años de consumo tabáquico, el 22,2% entre 6 y 10 años y el 11,5% llevaba menos de 5 años fumando. De acuerdo a la cantidad de cigarrillos fumados diariamente el 60,5% fumaba entre 10 y 20 cigarrillos/día, el 30,8 % menos de 10 cigarrillos/día y el 8,7% eran de más de 20 cigarrillos/día.

El 65% de los fumadores refirieron exacerbar la adicción con la ingestión de bebidas alcohólicas, situación que fue válida para los hombres, ya que en el caso de las mujeres no se reportó el dato de ingestión excesiva o diaria de bebidas alcohólicas.

El 60% de los fumadores presentan enfermedades relacionadas con la adicción de fumar. La hipertensión arterial y la bronquitis se detectó en el 16,9% de los fumadores, enfermedades que aparecen tempranamente en fumadores de gran cantidad de cigarrillos/día, y está demostrado que la adicción de fumar constituye un agravante de dichas enfermedades, si tomamos en cuenta que en los fumadores hipertensos se triplica el riesgo de crisis hipertensiva con relación a los hipertensos no fumadores. El 42,3% de los fumadores refirieron síntomas al inicio de la investigación. El 50% refirió tos y el 27,3 expectoración matinal.

La mayoría de los fumadores (73,5%) han intentado dejar de fumar, algunos de ellos lo han tratado de hacer en una ocasión, otros en dos y el mayor por ciento (55 %) en más de dos ocasiones. El 37,6 % de los fumadores manifestaron fumar más o mayor cantidad de cigarrillos cuando estaban nerviosos; lo que solo justificaría este incremento por los mecanismos psicológicos que se desarrollan y se vinculan al efecto relajante que plantean los fumadores, aunque realmente ocurre todo lo contrario.

En relación con los medios de información acerca del tabaquismo, el 30,8% de los fumadores refirieron haber recibido información a través del médico y la enfermera de la familia. El 20,3% refirió que la información recibida fue a través de la escuela, un 11,5% por medio de la televisión y el resto por otros medios de difusión masiva. Ninguno de los participantes en la investigación se refirió a los mensajes de advertencia en las cajetillas para abandonar la adicción.

Para realizar cualquier trabajo de intervención en fumadores, resulta de gran importancia determinar el grado de dependencia de cada fumador. Para ello se realizó el Test de Fagerström, con el que se obtuvo como resultado que 35 fumadores presentaban alta dependencia (56,4%); 17 tenía moderada dependencia, para un 27,4 %, en tanto leve dependencia 10, para un 16,1 % de los encuestados.

El 46% de los fumadores se encontraba en la fase de precontemplación, es decir, esos fumadores no se planteaban el abandono del tabaco ni a corto, ni a largo plazo, por lo que con dichos pacientes el profesional sanitario tuvo que trabajar más intensamente y proporcionarles información sobre el tema, señalando las consecuencias que se derivan de su consumo y poniendo en conocimiento de estos los beneficios que obtendrían con el abandono de su consumo.

Posteriormente se realizó el Test de motivación, el cual permitió medir las posibilidades de éxito de cada fumador. Con oportunidades reales de abandono, pero con dificultades a tener en cuenta, existían 15 fumadores; 14, con bastantes posibilidades; 16 se realizaron la pregunta: "¿Este es el

momento?" y solo 17 presentaban posibilidades reales de eliminar la adicción.

Los resultados de la Intervención fueron los siguientes: abandonaron el hábito tabáquico 23 fumadores (37 %), disminuyeron la cantidad de cigarrillos/día: 24 fumadores (38,7%), continúan fumando: 15 fumadores (24,1 %).

Teniendo en cuenta las fases del abandono, podemos plantear que existe relación significativa entre la intervención educativa y las fases del abandono en que se encontraban los fumadores ($\chi^2=37$ $p=0.0001$). Se obtuvo que 23 fumadores abandonaron la adicción, 17 de ellos se encontraba en la fase de preparación para un 73,9%, estos fueron los que estaban dispuestos a realizar un serio intento de abandono en menos de 15 días.

Disminuyeron la cantidad de cigarrillos 24 pacientes, 16 de los cuales se encontraban en fase de preparación; el 66,6 % de los que se encontraban en esta fase al inicio de la investigación.

Continuaron la adicción de fumar 15 fumadores, 24 de ellos se encontraban en la fase de precontemplación, lo que representa el 62,5% de los pacientes diagnosticados en esta, es decir, que no se plantearon el abandono del tabaco ni a corto ni a largo plazo al inicio de la intervención.

En los fumadores que presentaban dependencia leve se logró el abandono de la adicción en un 60%, disminuyeron la cantidad de cigarrillos un 26.3% y continúan fumando solo el 15.7% de los que se encontraban en este grupo.

En fumadores con dependencia moderada se obtuvo mejores resultados, pues el 63% de los que se encontraban en este grupo decidieron abandonar la adicción. Un 22.2% disminuyeron la cantidad de cigarrillos consumidos/día mientras que el 14.8% continua fumando.

Con alta dependencia se encontraban 58 fumadores, de ellos solo 8 dejaron la adicción, 27 disminuyeron la cantidad de cigarrillos fumados/día y los 23 restantes continúan fumando. El 70% de los fumadores refirieron mejoría o desaparición de los síntomas después de haber eliminado la adicción o disminuido la cantidad de cigarrillos fumados en el día. Más del 70% de los participantes en la investigación consideraron efectivas las acciones de intervención al final de esta.

Las estrategias básicas del programa de tabaquismo están en favorecer la disminución progresiva de la incidencia de fumadores reduciendo el primer contacto de los individuos con el cigarrillo; fomentar el abandono a la adicción de fumar; evitar la reincidencia en aquellas personas que abandonaron, y proteger a los no fumadores.

Siempre es conveniente disponer de una caracterización lo más detallada posible y cercana a la realidad del tabaquismo en la población, a la hora de establecer las estrategias de intervención para prevenir y controlar de manera eficiente

la adicción nociva en nuestra comunidad. Sin embargo, cuando se realizan estudios poblacionales sobre tabaquismo, muchas veces no se profundiza en otras asociaciones, también poco saludables, que presentan los fumadores y que constituyen interacciones riesgosas adicionales para su salud.

Coincidiendo con la literatura, en nuestra investigación se encontró un predominio de fumadores en los hombres aún cuando las mujeres han manifestado una tendencia al incremento como consecuencia de un mayor proceso de integración social. La gran proporción de hombres fumadores se encuentra en las etapas más productivas de la vida.

Entre los factores que influyen en la aparición y mantenimiento de la adicción de fumar, la presencia del hábito en los familiares fumadores ocupa un lugar importantísimo.

La mayoría de los fumadores tienen nivel de secundaria básica, son trabajadores asalariados y refirieron llevar más de 10 años de consumo tabáquico.

De acuerdo a la cantidad de cigarrillos fumados diariamente el 60,5% fumaba entre 10 y 20 cigarrillos/día. La asociación de varios hábitos tóxicos como el consumo de café y de bebidas alcohólicas es frecuente como estilo de vida en nuestro país, lo cual se pudo corroborar en nuestro estudio y que puede influir además en la aparición y el mantenimiento de la adicción.

Llama la atención que la gran mayoría de los fumadores está convencida de los daños que ocasiona el tabaco, y sin embargo, siguen fumando, por lo que nos surgió la interrogante si esto es una manifestación de indiferencia frente a este hecho o de dificultad para abandonar la adicción.

Existen situaciones que intensifican el tabaquismo. Como se explicó anteriormente, existe un número elevado de fumadores que relacionan la ingestión excesiva o diaria de alcohol con la adicción de fumar, así como el consumo de café, lo cual puede explicarse por los mecanismos de automatización que desarrollan los fumadores al ingerir bebidas alcohólicas o café; pero sin tomar en consideración la dependencia nicotínica.

Los intentos por abandonar el cigarrillo y el tiempo máximo que logra sin fumar, son de interés para valorar la desactivación del tabaquismo. La mayoría de los fumadores han intentado hacerlo, algunos de ellos lo han tratado de hacer en una ocasión, otros en dos y el mayor por ciento en más de dos ocasiones; situación que se ha comportado de forma similar en otras investigaciones. Se obtuvo que la mayoría presentarían alta dependencia y con oportunidades reales de abandono, pero con dificultades a tener en cuenta existían, 42 fumadores.

Teniendo en cuenta las fases del abandono y el grado de dependencia en que se encontraban los fumadores, podemos plantear que existe relación significativa entre la

intervención educativa y dichas variables ($\chi^2=22.33$ y $\chi^2=25.46$ $p=0.0001$), resultados que coinciden con otras investigaciones.

Los participantes en la investigación consideraron efectivas las acciones de intervención al final de la misma. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por profesionales sanitarios de atención primaria de diferentes centros de salud de Guadalajara que revelan que el 85% de los fumadores opinan que las campañas antitabáquica resultan efectivas para concientizar a la población sobre los beneficios de abandonar la adicción de fumar.

CONCLUSIONES

La aplicación de las técnicas de intervención educativas fueron de gran utilidad para la desestimulación de la adicción de fumar en nuestra intervención, sin embargo, los resultados obtenidos en el tratamiento del tabaquismo no son todo lo satisfactorios que se desearía.

La intervención sobre el tabaquismo debe realizarse con el mismo hincapié en quienes solicitan ayuda y en los que todavía no se plantean el abandono del tabaco, y se debe contemplar el progreso de fase en el proceso de abandono de tabaco como un éxito terapéutico para, con un abordaje posterior, conseguir el cese total de la adicción.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández E. (2002). Tabaco, género y clase social. SEMERGEN, 403-4.
- Fleites González G. & Fleites Batista, J. (1988). Tabaco y Tabaquismo. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 27: 12-9.
- República de Cuba. Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2013). Unidad de Análisis y tendencias de salud. Análisis de la Situación de Salud. Cumanayagua. Cienfuegos.
- República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2001). Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Ciudad de La Habana.

