



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
Y COMUNITARIA**

Caracterización de consumidores de tabaco en el centro de  
salud Velasco Ibarra

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Autora:** Astudillo Román, María Elizabeth

**Directora:** Rodríguez Quintana, Tamara.

LOJA – ECUADOR  
2021



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2021

### **Aprobación de la directora del trabajo de titulación**

Loja 20 de marzo de 2021

Doctora.

Tamara Rodríguez Quintana

**Coordinadora de la Especialización de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Ciudad.-

De nuestra consideración:

El presente trabajo de titulación denominado: Caracterización de consumidores de tabaco en el centro de salud Velasco Ibarra realizado por: Astudillo Román María Elizabeth ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Titulación ha sido revisado por la herramienta antiplagio institucional.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Firma.....

Tamara Rodríguez Quintana

CI: 1753510229

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

“Yo, María Elizabeth Astudillo Román, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

- Ser autora del presente trabajo de titulación denominado: Caracterización de consumidores de tabaco en el centro de salud Velasco Ibarra, del programa de postgrado de la Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, capítulo 1, Marco Teórico y conceptual del tabaquismo, capítulo 2, Metodología de la investigación, capítulo 3, resultados, capítulo 4, conclusiones y recomendaciones, siendo Quintana Rodríguez, Tamara, directora del presente trabajo; y eximimos expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.
- Que mi obra, producto de mis actividades académicas de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20 literal J de la Ley Orgánica de educación Superior y artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “forman parte del patrimonio de la universidad, trabajos científicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero académico o institucional de la universidad”.
- Autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja para que pueda hacer uso de mi obra con fines netamente académicos, ya sea de forma impresa, digital o electrónica, o por cualquier medio conocido o por conocerse, sirviendo el presente instrumento como la fe de mi completo consentimiento y para que sea ingresada al sistema nacional de la información de la Educación Superior del Ecuador Estatuto Orgánico para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de la Educación Superior.

Firma .....

Autor: María Elizabeth Astudillo Román

Cédula: 0703748806

### **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a Dios, por darme la oportunidad de aprender y superar los obstáculos, y por brindarme la satisfacción de este logro. A mi familia, que ha sido partícipe de los años de esfuerzos puestos en este proyecto personal.

## **Agradecimiento**

Mi agradecimiento sincero a la Universidad Técnica Particular de Loja, por la gran oportunidad que me brindó, al acogerme y formarme en sus aulas. A los tutores, que a lo largo de la especialidad, que han servido de guía y ejemplo, en especial a la Dra. Tamara Rodríguez, una excelente profesional, docente y persona, que me ha brindado su apoyo, paciencia y amistad.

A mis compañeras, Marlene, Rocío, Celina, Jimena, Karen y Johanna a las que nos unió el mismo objetivo y nos hizo ser amigas.

A mi esposo que con su apoyo incondicional, me ayudó a cumplir un objetivo más. A mis hijos Jorge Mario, Miguel y Kelly que con paciencia superaron mis ausencias. A mis padres y hermanos, a los que mi alegría les hace feliz y me sirven de pilar en los momentos difíciles.

Y por último, a todo el personal del Centro de Salud Velasco Ibarra, quienes con su ayuda son parte de una etapa importante en mi carrera profesional.

## Índice de contenidos

Aprobación de la directora del trabajo de titulación.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Índice de contenidos.....	VI
Índice de tablas.....	VIII
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción .....	3
Capítulo Uno.....	6
Marco conceptual y teórico .....	6
1.1 Conocimientos sobre el Tabaquismo.....	6
1.2 Epidemiología del consumo del Tabaco. ....	8
1.3 Repercusiones Económicas del Tabaquismo.....	9
1.4 Repercusión para la salud por el Tabaquismo .....	11
1.5 Clasificación de los fumadores.....	12
1.6 Estratégias anti tabáquicas.....	14
Capítulo dos.....	18
Metodología .....	18
2.1 <i>Ámbito del estudio: general y sitio</i> .....	18
2.2 <i>Población y muestra</i> .....	19
2.2.1 Criterios de elegibilidad.....	19
2.3 <i>Métodos de recolección</i> .....	19
2.4 <i>Operacionalización de Variables</i> .....	21
2.4.1 Operacionalización de variables.....	21
2.4.2 Matriz de Involucrados.....	27
2.5 <i>Plan de análisis</i> .....	30
2.6 <i>Componente Ético</i> .....	30
2.7 <i>Confidencialidad de la información y consentimiento informado</i> .....	30
Capítulo tres .....	32
Resultados.....	32
Conclusiones .....	47

Recomendaciones.....	48
Referencias.....	49
Apéndices .....	55

## Índice de tablas

<i>Tabla 1 Distribución de los consumidores de tabaco según sexo .....</i>	32
<i>Tabla 2 Distribución de consumidores de tabaco según grupo de edad .....</i>	33
<i>Tabla 3 Distribución de los consumidores de tabaco según etnia .....</i>	34
<i>Tabla 4 Distribución de los consumidores de tabaco según estado conyugal .....</i>	35
<i>Tabla 5 Distribución de los consumidores de tabaco según la ocupación .....</i>	35
<i>Tabla 6 Distribución de los consumidores de tabaco según el nivel de instrucción .....</i>	37
<i>Tabla 7 Distribución de los consumidores de tabaco según el nivel de consumo.....</i>	37
<i>Tabla 8 Distribución de los consumidores de tabaco según su dependencia nicotínica C4.....</i>	38
<i>Tabla 9 Distribución de los consumidores de tabaco según dependencia nicotínica y sexo .....</i>	39
<i>Tabla 10 Distribución de los consumidores de tabaco según el nivel de dependencia nicotínica y edad.....</i>	40
<i>Tabla 11 Distribución de los consumidores de tabaco según la dependencia nicotínica y ocupación.....</i>	40
<i>Tabla 12 Distribución de la exposición al humo de segunda mano .....</i>	41
<i>Tabla 13 Distribución de la exposición al humo de segunda mano .....</i>	42
<i>Tabla 14 Eficacia de las advertencias sanitarias.....</i>	43
<i>Tabla 15 Estadísticos descriptivos de las valoraciones emitidas por los expertos ...</i>	46

## Resumen

El tabaquismo es un problema de salud mundial, genera graves consecuencias para la salud y la economía de los países. En América Latina las cifras mantienen una alta prevalencia, y Ecuador si bien ha visto una disminución leve en sus cifras, aún se evidencia condiciones en la población que los hace iniciar y mantener el hábito. Por tal motivo en el presente trabajo se realizó con el objetivo de caracterizar a la población fumadora afluente al Centro de salud Velasco Ibarra, a partir de variables socio demográficas. Se utilizó el cuestionario (C4), para clasificar de acuerdo a la dependencia nicotínica y el nivel de riesgo de consumo. Los resultados obtenidos no son ajenos a los encontrados a nivel nacional, ya que el género masculino, adultos jóvenes, que viven en pareja y económicamente activos mantiene la mayor prevalencia. Se evaluó también las advertencias sanitarias mostrándose tener eficacia, por lo que a partir de lo expuesto se elaboró de una propuesta de intervención que contribuya al trabajo de la atención primaria en disminuir el consumo de tabaco en la localidad.

**Palabras clave:** tabaco, nivel de consumo, clasificación de consumidores de cigarrillo (C4), advertencias sanitarias.

### **Abstract**

Smoking is a global health problem, it generates serious consequences for the health and the economy of the countries. In Latin America the figures maintain a high prevalence, and Ecuador, although it has seen a slight decrease in its figures, there are still conditions in the population that make them start and maintain the habit. For this reason, the present work was carried out with the objective of characterizing the affluent smoking population at the Velasco Ibarra Health Center, based on sociodemographic variables. The questionnaire (C4) was used to classify according to nicotinic dependence and the level of risk of consumption. The results obtained are not unrelated to those found at the national level, since the male gender, young adults, living with a partner and economically active maintains the highest prevalence. The health warnings were also evaluated and shown to be effective, so based on the above, an intervention proposal was developed that contributes to the work of primary care in reducing tobacco consumption in the locality.

Key words: tobacco, level of consumption, classification of cigarette consumers (C4), health warnings.

## Introducción

El tabaquismo mundialmente está en aumento y es uno de los factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles. Ha sido considerada como una epidemia por la Organización Mundial de la Salud, señalando que es una de las principales causas de muerte, enfermedades y empobrecimiento (OMS, 2019).

La OMS señala que a pesar de la reducción de fumadores en las últimas dos décadas, el número de personas que aún tienen esta adicción es alarmante y calcula que 8 millones, es decir el 12 % de las muertes a escala mundial es atribuido al tabaco, siendo 16% más prevalente en varones de América (Tobacco Atlas, 2018). Reportes mundiales informan que la mitad de los consumidores de cigarrillo mueren, de esta cifra la gran mayoría son fumadores activos y solo un pequeño porcentaje corresponde a los fumadores pasivos que lamentablemente en su mayoría son mujeres y niños (Ruíz, Salazar, et al., 2016).

El tabaquismo actualmente se encuentra ligado a las 8 enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes (Bonnie, Stratton, 2015). Las poblaciones que consumen más tabaco son aquellas de nivel socioeconómico bajo, lo que supone una mayor vulnerabilidad para afrontar las consecuencias derivadas de este hábito tóxico (Amigo, Ale, et al, 2018).

En América Latina, además de un problema sanitario es un problema económico, ya que se destinan más de treinta y cuatro millones de dólares para atender a las patologías originadas a partir del consumo de tabaco, dejando de lado a otros aspectos relacionados con la promoción de salud y la prevención de otras enfermedades Pichon, Bardach et all (2016).

Los costes económicos para Ecuador fueron de alrededor de 478 millones de dólares para afrontar las consecuencias generadas por esta causa en la salud de los ecuatorianos (Dubling, 2019). El Oro se encuentra entre las provincias con mayor

número de ex fumadores y fumadores actuales (Encuesta nacional de salud y nutrición [ENSANUT], 2012).

Investigaciones recientes denominan al tabaquismo como una adicción y por ende una enfermedad, ya que los cientos de sustancias que contiene la mezcla de un cigarrillo produce junto a la nicotina una gran capacidad adictiva (Moore, Pavié et all. 2017). Por otro lado el inicio del consumo se observa mayoritariamente en adolescentes y jóvenes sin distinción de sexo, etnia o status socioeconómico, pero si influenciado por otros factores como la actividad laboral, el ingreso económico, el entorno social de consumo y la influencia de propaganda entre muchos otros que tienden a mantener el hábito (Valencia, 2016).

Se han utilizado varias escalas para clasificar a los consumidores de acuerdo a la dependencia a la nicotina como único motivo reforzante, la mayoría de ellas han mostrado una limitada capacidad de evaluación de los pacientes. Por tal motivo el Cuestionario de Clasificación de Consumo de Cigarrillo (C4) utilizado y avalado en muchos países de América Latina es una herramienta completa que permite a los proveedores de atención médica abordar y clasificar a los fumadores tanto como la dependencia nicotínica como por el nivel de consumo y otros factores relacionados (Londoño, Velasco, et all, 2020).

Bajo este contexto, el presente trabajo de investigación busca responder a las siguientes preguntas:

¿Qué características presenta la población fumadora del centro de Salud Velasco Ibarra?

¿Cuál es la eficacia de las advertencias sanitarias en los participantes?

Para dar respuesta a estas interrogantes se plantearon los siguientes objetivos:

## Objetivos

### Objetivo general:

Caracterizar a la población fumadora del Centro de Salud Velasco Ibarra.

### Objetivos específicos:

1. Describir el perfil socio demográfico y el nivel de consumo de tabaco de los sujetos evaluados.
2. Clasificar a las personas consumidoras de Tabaco del centro de salud Velasco Ibarra.
3. Evaluar la eficacia de las advertencias sanitarias.
4. Diseñar una propuesta de intervención a partir de los resultados obtenidos en la aplicación del C4, la cual fue sometida a validación de contenido por criterio de expertos, con resultados adecuados para su implementación.

Es por ello la importancia del estudio, que no solo contribuyó al conocimiento científico, sino también a la transferencia de este conocimiento proponiendo una herramienta que sirva de guía o estrategia en la gestión de los decisores y personal operativo en salud.

En el capítulo 1 se expone el marco teórico que sirvió de guía en la investigación, en el capítulo 2 los aspectos metodológicos, en el capítulo 3 se realiza el análisis y discusión de los resultados y presentación de la propuesta de intervención, y en el capítulo 4 se plantean las conclusiones y recomendaciones.

## Capítulo Uno

### Marco conceptual y teórico

#### 1.1 Conocimientos sobre el Tabaquismo

El tabaquismo es la adicción al consumo de tabaco (Real Academia Española, 2020), y por lo tanto una consecuencia más de su consumo, la Organización Mundial de la Salud señala que la nicotina es la sustancia que causa la adicción y muchas otras que componen al tabaco son cancerígenas (OPS, 2015).

El consumo de tabaco es muy antiguo, pues se conoce que los nativos americanos inhalaban a través de una especie de pipas de madera el humo que emanaba tras la quema de la planta y que al parecer muy apetecida (Córdova, 2015). La historia nombra a Jena Nicot (embajador de Francia en Portugal en el siglo XVI) como el que popularizó el consumo de la planta en su país, por tal motivo la palabra nicotina se deriva de su apellido (Pérez, 2015).

Desde 1980, se prohíbe fumar cigarrillos en lugares públicos y además tiene un respaldo político debido al daño que genera el humo de segunda mano como el cáncer de pulmón, la primera causa de mortalidad en mujeres, incluso antes que el cáncer de seno (Thirión, Padilla, et al. 2018)

El tabaquismo es considerado como un “fenómeno social” responsable principal de enfermedades desencadenantes de muerte o discapacidad pues genera dependencia tanto física como psicológica y por tal motivo no solo es una adicción sino también una enfermedad (Valencia, 2016).

Se advierten que “fumar genera dependencia física a la nicotina y con que con el paso del tiempo el fumador pasa a recibir estímulos sociales, conductuales o culturales que refuerzan la dependencia psicológica siendo estos componentes los que contribuyen al mantenimiento del hábito” (Castellanos, Cueto et al 2016).

Organizaciones nacionales como el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), y otras internacionales como la Organización de Estados Americanos (OEA), La Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) expresan este hábito se debe a un conjunto de variables determinadas entre los individuos y la sustancia (Cisneros, 2011).

El inicio del tabaquismo está relacionado con factores socioeconómicos como desigualdades en la educación, el desempleo, la migración, las carencias recreacionales, culturales y situaciones de algunos barrios donde está normalizado conductas de consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol. (Valencia, 2016).

Dentro de los factores socioculturales podremos citar la ausencia de uno de los padres, conflictos familiares, familiar alcohólico o fumador, poca participación de uno de los cónyuges, y el nivel socioeconómico constituyen causas importantes para que el inicio temprano del hábito tabáquico (Muñoz, Rodríguez, 2014). Vale la pena señalar que existen factores personales que los hacen iniciar o mantener el consumo de tabaco como una salida a sus problemas como el estrés, ansiedad, baja autoestima, los grupos pares o iguales con hábitos tóxicos, falta de actividad deportiva etc. Aguilar, Rodríguez et al (2016).

El problema del tabaquismo está apoyado por el marketing que desinforma a la población, en especial a la juvenil que desconocen de las sustancias que contiene los cigarrillos y de los graves efectos para la salud y por lo tanto inicia el consumo a tempranas edades haciendo más difícil su deshabitación posterior (Valencia, 2016).

Entre las sustancias nocivas que contiene el tabaco se encuentran: nicotina, ácido cianhídrico, plomo, arsénico, amoníaco, elementos radioactivos como el uranio, benceno, monóxido de carbono, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos y productos radiactivos provienen de las sustancias que se utilizan en la agricultura para su fertilización (American Cancer Society., 2017).

La sustancia adictiva del tabaco es la nicotina, y según la OPS ésta sustancia cumple con todas las características para hacer al consumidor dependiente a ella por su gran efecto psicoactivo a nivel encefálico (Organización panamericana de la salud [OPS], & Banco Mundial, 2004). La nicotina produce efectos neurobiológicos a nivel encefálico desencadenando a nivel dopaminérgico cambios que producen adicción y a nivel dopaminérgico que produce el síndrome de abstinencia y las posibles recaídas (Tanja, 2017), (Vázquez, 2016).

Es indispensable conocer que aunque el 70% de la población fumadora desea abandonar este hábito tabáquico debido a su gran poder adictivo, solo el 3% logra superar los seis meses sin sufrir recaídas (OPS, 2015).

La adicción del tabaco genera algunas características fácilmente reconocibles entre ellas: cambios en la conducta, necesitar más dosis para obtener el efecto deseado, síntomas que producen malestar al abandonar su consumo, modificación de las actividades diarias y sociales y finalmente continuar con su consumo a pesar de conocer los efectos a largo plazo que produce (OMS/OPS, 2019).

El humo que genera el tabaco y se inhala contiene grandes cantidades de monóxido de carbono sustancia que produce una inadecuada oxigenación a los órganos importantes del cuerpo como lo son el corazón y el cerebro (Tanja, Quintero, 2017).

## **1.2 Epidemiología del consumo del Tabaco.**

La OMS informa que ocho millones de personas mueren anualmente a causa del consumo de tabaco, más de siete millones se debe al consumo directo y alrededor de 1,2 millones al indirecto es decir fumadores pasivos (OMS, 2019). De los mil trescientos millones de fumadores más del 80% viven en países de ingresos económicos bajos. En cuanto a consumo de humo ajeno en lugares públicos, los datos de la OMS revelan que 65.000 niños mueren cada año por esta causa que sumado al total de la población suma un millón doscientas mil muertes prematuras asociadas a problemas cardiovasculares y respiratorias (OMS, 2019).

La OPS advierte de los pobres resultados en cuanto a la disminución a nivel mundial, salvo la región de las Américas donde hubo un descenso del 28% al 17.4% en el 2015. En América hubo 132 millones de fumadores de los cuales el 6.5% eran mayores de 15 años 8,4 % hombre y 4,6% para mujeres. A nivel mundial las mujeres mayores de 15 años consumieron el 11% en el 2000, reduciéndose a 6% para el 2016; en cuanto a varones el 43% consumían hasta el 2000 y hubo una reducción hasta el 34% OPS (2018)

El gran crecimiento de número de consumidores se presentó a inicios del siglo XX con el aumento en la fabricación por industrias y a grandes escalas. La población más consumidora es la juvenil y estudios señalan que en varios países de Latinoamérica el grupo poblacional de entre 13 a 15 años. La OMS (2012) detalla en su estudio que los países con gran número de consumidores están Chile, Argentina, Bolivia, Uruguay, Perú seguido de estado Unidos, México y Cuba.

Los adolescentes entre 13 a 15 años que representan un 7% de la población mundial consumidora de tabaco, diecisiete millones de hombres y siete millones de mujeres. En América 10% existe 4,6 millones de fumadores de los cuales 2,4 millones son mujeres y 4,2 millones son hombres (OPS/OMS, 2018).

### **1.3 Repercusiones Económicas del Tabaquismo**

Una limitante para el control del tabaquismo a nivel mundial es la falta de información sobre sus efectos, países con ingresos económicos altos tienen innumerables gastos en salud que no pueden ser extrapolados a países pobres. En Estados Unidos según el Banco Mundial los gastos de este país en el 2004 superaron los 200 mil millones al año, siendo la industria tabacalera la principal beneficiaria (Saavedra, 2004).

A pesar de los esfuerzos de las organizaciones mundiales por concientizar a la población sobre del tabaco, las industrias tabacaleras invirtieron más de 8000 millones

de dólares en marketing en el 2015, lo que les generó una ganancia de 62 mil millones de dólares (Tobacoatlas.Org; American Cancer Society, 2018), lo que a su vez produjo más de 8 millones de muertes (García S., 2017).

Un informe dado por la OMS y El instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos informó que el impacto en la economía a causa del consumo de tabaco es de un billón de dólares anuales tanto en gasto sanitario como en pérdida de productividad (Infosalus, 2017).

Además de producir daño físico el consumo del tabaco está ligado a la pobreza, pues los que más consumen son los que sufren necesidad económica Espinoza, Fantin, et all (2020). Este hábito conlleva a que los pocos ingresos de una familia sean destinados a solventar gastos médicos creando así crisis familiares tanto económicas como de salud (Infodrogas, 2021).

En el año 2014 Ecuador también produjo alrededor de 9190 toneladas métricas de tabaco, aun cuando sólo el 0.08% de las tierras están siendo utilizadas para este tipo de producción, y haciendo un seguimiento en el año 2016 la producción de tabaco en el país aumentó a 1100 millones de cigarrillos (Tobacoatlas.Org; American Cancer Society, 2018).

Un estudio realizado en países de América Latina en el año 2016 revela que el tabaquismo genera un costo superior a los USD 500 mil millones, principalmente por costos directos en el sistema de salud y por productividad perdida. (Pichon, Bardach, et all., 2016).

En este sentido, lo que más relevante para analizar es que los costos médicos directos producidos por el tabaquismo no logran ser cubiertos por ser superiores a 145 mil millones, afectando a los ingresos de los países pobres que no podrán destinar recursos en prevención de salud (Pichon, Bardach, et all., 2016).

A Ecuador este hábito le cuesta \$478.439.819, es decir el 0.47% de su PBI y para el presupuesto que se entrega anualmente a salud representa el 6.32% del gasto

público. La cifra que se recauda por impuesto al cigarrillo es de 194 millones anuales, un valor muy por debajo de lo necesario para solventar sus perjuicios (Bardach, García et all., 2016).

#### **1.4 Repercusión para la salud por el Tabaquismo**

El tabaco no solo daña la economía del país y aunque se considere a este hábito como uno de los más costosos va más allá de eso, según las proyecciones las muertes por esta causa subirán de 6 a 8 millones anuales hasta el 2025 Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos y OMS (2016). Se conoce que a pesar de estos datos alarmantes, 11000 niños entre 10 a 14 años, 50.000 mayores de 15 y adultos no han sido ayudados para la deshabituación (Fernández y Figueroa., 2018).

El tabaco es responsable del 90% de todo tipo de cáncer, del 75% y 25% de enfermedades respiratorias y muertes por enfermedades cardiovasculares respectivamente. El cáncer de pulmón producido por el cigarrillo es la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres a nivel mundial (Samet, 2002). La OPS en su paquete técnico Hearts recalca que mueren alrededor de la mitad de los fumadores activos y un 10% de los pasivos (OPS, 2019).

Si bien es cierto para el 2016 el consumo de tabaco en Ecuador fue menor que en otros países de la región, aún las cifras son de cuidado. En este contexto el 6,7% son hombres y el 1,8% mujeres. Es importante destacar la cifra que se reportan de consumo de tabaco por parte de menores de edad donde el 0,98% corresponde a los niños y el 0,52% en niñas. (Tobacoatlas.Org; American Cancer Society, 2018).

Actualmente alrededor de 1.3 billones de adultos consumen cigarrillo, y si esto no cambia las cifras calculadas se acercarán a 2 billones para el año 2025 y para el año 2030 producirá 10 millones de muertes anuales (Guindon, Boisclair , OPS, 2003).

Las enfermedades que produce el tabaco son múltiples ya que contiene miles de productos tóxicos para la salud y es conocido que más de 70 de estos son cancerígenos (American Cancer Society, 2021)

Más de 25 tipos de enfermedades se han relacionado con el consumo de tabaco (MSP, 2012). Este es el aliado más importante para la presentación de una serie de enfermedades como el cáncer y el más común es el de pulmón pero puede afectar a todos los sistemas del cuerpo ya que incluso se han registrado casos de leucemia mieloide aguda relacionada con el su consumo (CDC, 2020). También se ha hecho referencia a que el 10% de los eventos cerebrovasculares, el 22% de las enfermedades respiratorias crónicas (40% bronquitis crónica, 15% enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el 55% de enfermedades cardiovasculares y hasta el 40% de impotencia e infertilidad están asociadas a esta adicción (OMS, 2019).

Pero no solo el que fuma se enferma, pues el humo de segunda mano es uno de los factores que produce más daño para quienes no consumen este producto y que lamentablemente se ven expuestos. Esta exposición produce 1,2 millones de muertes prematuras y terribles daños en el sistema respiratorio y circulatorio (OMS, 2019). Además millones de pérdidas humanas y enfermedades en edades tempranas de la vida, como la muerte prematura del lactante, bajo peso al nacer y partos prematuros (Instituto nacional de salud infantil & Desarrollo humano, 2018).

En los últimos años, se ha descrito que el aumento de la comorbilidad debido al consumo del tabaco se asocia a las enfermedades crónicas no transmisibles. Es así, que el tabaco contribuye a la alta prevalencia de tuberculosis, la cual podría reducirse hasta en un 20% si se limitara el consumo del mismo. Otras enfermedades como el virus de inmunodeficiencia humana, enfermedades mentales y consumo de alcohol pudieran disminuirse en un 45% si se redujera el consumo (OMS, 2019).

### **1.5 Clasificación de los fumadores**

El tabaquismo es considerado como enfermedad adictiva, que está sujeta a recaídas por lo que es importante conocer las definiciones de fumador según su consumo y tiempo.

Es así como la (OMS, 2006) establece los siguientes conceptos básicos:

Se considera fumadora a toda persona que ha probado tabaco por lo menos 1 vez en su vida en los últimos 6 meses y a su vez podemos se puede clasificar en:

**Fumador actual**, es bien aquel que fuma todo los días es decir fumador diario o fumador ocasional, es decir que fuma actualmente pero no diario.

**Fumador diario**, es aquel que fuma cualquier producto del tabaco al menos una vez al día.

**Fumador ocasional**, es aquel que fuma aunque no sea todos los días; entre estos se encuentran los reductores, ocasionales continuos y experimentadores.

**Antiguo fumador o exfumador**, es aquel que no ha fumado tabaco en los últimos 6 meses, pero si fue considerado un fumador antes de aquel tiempo

**No Fumador:** Aquella persona que nunca en su vida ha probado tabaco, o la cantidad de tabacos es menor a 100 en toda su vida.

**Fumador pasivo:** es aquella persona que convive con un fumador o respira el humo de segundo mano, o el humo del tabaco ambiental.

Existe otra clasificación dada por la OMS (2013), citada por (Londoño, Rodríguez et all, 2011) en base al número de tabacos consumidos por día como:

**Fumador Leve:** consume menos de cinco tabacos en el día

**Fumador Moderado:** consume de seis a quince tabacos en el día

**Fumador Grave:** consume más de dieciséis tabacos en el día

Por otro lado, existen otros factores que rodean al consumo de tabaco, tales como los socioeconómicos, culturales, biológicos y neurobiológicos que determinan un mayor riesgo, por lo que las clasificaciones utilizadas antes de validar el C4 (Londoño, 2020) no contribuían a una adecuada clasificación (Tanja, 2017).

Diversas son las variables a tener en cuenta para clasificar el tabaquismo, como la forma de inhalar, la intensidad de consumo, los síntomas relacionados con la abstinencia e intentos de cesación, que son condiciones que pueden variar de un sujeto a otro haciéndolo dependiente a la nicotina en mayor o menor medida. (Ministerio de

Salud Pública de La República Oriental de Uruguay, 2009). Actualmente el cuestionario de clasificación de fumadores de cigarrillo C4 por su carácter multidimensional ha brindado un gran aporte, que sirve a los profesionales de atención médica para realizar una mejor y completa clasificación de los pacientes, siendo esta la base para las estrategias de intervención (Fabelo, Lorenzo et al, 2017).

El C4 ha sido diseñado basándose en aspectos claves de otros cuestionarios, entre los que están el Test de Fagerström de dependencia a la nicotina y el Cuestionario de Consumo de Tabaco asociado a la intención de deshabituación, la intensidad y otros los problemas relacionados al consumo (Londoño, Rodríguez, et al, 2011).

La clasificación del C4 diseñado originalmente en Colombia ha permitido a muchos países de América Latina donde ha sido validado, tener un registro de la intensidad, frecuencia de consumo; así como el respeto a las normas que regulan el consumo en lugares públicos (Fabelo, Lorenzo, et al, 2017). La clasificación a partir del C4 va desde el puntaje 0 para quienes no fuman, hasta el 30 como puntuación máxima y determina 4 categorías:

Fumador Ocasional, que tiene de uno a cuatro puntos.

Fumador Moderado o de Riesgo, que tiene de cinco a ocho puntos

Fumador Fuerte con dependencia a la nicotina, de nueve a dieciocho puntos

Fumador Dependiente con consecuencias severas, de diecinueve a treinta puntos.

## **1.6 Estratégias anti tabáquicas**

En la comisión de los determinantes de la salud de la OMS, se establece para combatir los problemas de consumo de sustancias nocivas como el tabaco tres recomendaciones: luchar contra la desigualdad de poder, mejorar las condiciones de vida de la población y medición de la magnitud del problema (OMS, 2009).

La vigilancia del consumo de tabaco es esencial para el control, lamentablemente solo uno de cada tres países, es decir solo el 38% de la población

mundial lleva a cabo cada cinco años encuestas dirigidas a conocer el número y las características de los consumidores de tabaco (OMS, 2019).

Aunque las grandes industrias tabacaleras sigan vendiendo su producto como inofensivo para la salud, los países han unido esfuerzos para trabajar en conjunto con estrategias que visibilicen la verdad (Silva., 2018). La OMS (2019) y sus países aliados en el 2003 crearon el denominado Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS). Este Convenio busca reafirmar el derecho de todas las personas de gozar del máximo nivel de salud, alejados de los factores que los perjudiquen y se ampara en un marco jurídico que insta su cumplimiento estricto (OMS, 2019).

La OMS en el año 2007 adoptó las medidas MPOWER para promulgar las diferentes estrategias de control, las mismas consisten en:

**(Monitor)** Realizar el seguimiento del consumo de tabaco y de las medidas de prevención.

**(Protect)** Proteger a la población del consumo

**(Offer)** Ofrecer ayuda para dejar el consumo.

**(Warn)** Advertir de los peligros

**(Enforce)** Hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del consumo del tabaco.

**(Raise)** Aumentar los impuestos para la compra de tabaco

Con los avances de la tecnología cada vez es más fácil llegar a diversas poblaciones y las estrategias de E -Learning en la educación médica permite también mantener la educación continua al personal que maneja este tipo patologías (Martinot., 2018).

Las estrategias que se pueden utilizar son diversas y muy rentables, ejemplo de esto son los resultados positivos que mostró el programa en línea puesto en marcha en tres países de América Latina, donde se capacitaron a los trabajadores de la salud para poder tratar a pacientes fumadores (Martínez, Y., Company, & all., 2018).

El Gobierno ecuatoriano el 22 de julio del 2011 en el Registro Oficial No. 497, publicó la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco que tiene como estrategias tres parámetros: espacios 100% libres de humo de tabaco, prohibir la publicidad de esta sustancia a través de cualquier medio de comunicación y en los productos de venta mostrar las advertencias en las cajetillas según las disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud Pública, (2019).

En el mismo sentido la ley vigente establece claramente a todas las instituciones de las diferentes carteras de estado, desarrollar según sus competencias estrategias encaminadas a evitar el consumo de tabaco por la ciudadanía en especial por la población más vulnerable como los niños y adolescentes, señalando responsabilidades en materia sanitaria, educativa, tributaria y aduanera. (Registro Oficial 497, 2011)

La autoridad sanitaria tiene bajo sus competencias la ejecución de las actividades para el cumplimiento de la ley con la coordinación tanto de las instituciones gubernamentales como las privadas y organizaciones de la sociedad civil (Ministerio de Salud Pública, 2019).

En cuanto a las acciones encomendadas al Ministerio de Salud, está el crear políticas públicas que permitan establecer el control tanto del tabaco y los productos afines. También establece medidas para la prevención y rehabilitación fomentando la creación de centros para este efecto (Registro Oficial 497, 2011).

Una de las estrategias del Ministerio de Salud Pública es la información a través de pictogramas plasmadas por las fábricas en las cajetillas de tabaco sobre los graves efectos del consumo de esta sustancia. El ministerio tiene la potestad de indicar las normativas para los espacios 100% libres de humo de tabaco (Registro Oficial 497, 2011). Los espacios libres de humo es otra de las estrategias establecidas que prohíbe el fumar en espacios públicos como parques, lugares de entretenimiento como restaurantes, cines o en el interior de instituciones tanto públicas como privadas (MSP, 2020).

Igualmente en el país, se prohíbe la entrega gratuita de toda clase de productos o afines del tabaco en lugares o eventos con fines publicitarios (Ministerio de Salud Pública, 2011). Además se realizan varias actividades anuales para evitar que la población fume, una de ellas es la conmemoración del “Día Mundial sin Tabaco” que se realiza el 31 de mayo con diferentes temáticas fomentando la participación de instituciones tanto educativas como de salud (MSP, 2017).

Otra estrategia implementada es la guía para la prevención y tratamiento del consumo problemático de alcohol, tabaco y otras sustancias, la misma que se basa en guías internacionales con buenos resultados por su facilidad y seguimiento (MSP, 2012).

## Capítulo dos

### Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal. Se evaluaron variables socio demográficas, de consumo de tabaco y se clasificaron los sujetos estudiados según el nivel de dependencia nicotínica. Además se realizó la propuesta de una intervención educativa para que sea efectuada a futuro, ya que el tiempo constituyó una limitante para su implementación.

Se realizaron entrevistas semi estructuradas al personal de salud, antes del diseño de la propuesta que se elaboró con base a los resultados encontrados en el Cuestionario de clasificación de fumadores C4 y a las necesidades observadas dentro del proceso del estudio.

Se diseñó una propuesta de intervención encaminada a disminuir el consumo del hábito tabáquico, que hace énfasis en la promoción a través de la educación sanitaria a toda la población para evitar el inicio del consumo y en la prevención de enfermedades para poder identificar y hacer un diagnóstico precoz y poder iniciar un tratamiento oportuno.

La presente propuesta fue sometida a evaluación de contenido por criterio de expertos, con resultados adecuados para su implementación.

#### **2.1 Ámbito del estudio: general y sitio**

El estudio se desarrolló en los barrios de un sector urbano conocido como La Ferroviaria que se encuentra ubicado al este del cantón Machala, perteneciente a la Provincia de El Oro y es zona de afluencia del Centro de Salud Velasco Ibarra.

Los límites de este sector son: al norte con el barrio 24 de septiembre y el Condado, al sur con el barrio Otto Álvarez y el Triunfo, al este con la ciudadela La Aurora y Lucha de los pobres y al oeste la ciudadela Santa Cecilia. Consta de 5 barrios urbanos asignados y 5 ciudadelas.

Como todo sector costero su población tiene como característica el dinamismo del comercio informal y la socialización entre los moradores. Imprime importancia el hecho de que existen varios lugares donde tienen como cultura realizar frecuentemente eventos sociales como fiestas, juegos deportivos o festivales, donde se propicia el consumo de tabaco ( Análisis Situacional Integral de Salud [ASIS], 2020).

## **2.2 Población y muestra**

La población de estudio estuvo constituida por 196 sujetos, dispensarizados como consumidores de tabaco en las fichas familiares del centro de salud Velasco Ibarra en la ciudad de Machala. No se calculó muestra porque se trabajó con el 100% de la población.

### **2.2.1 Criterios de elegibilidad**

#### ***2.2.1.1 Criterios de Inclusión.***

- Consumidores de tabaco mayores de 18 años
- Individuos que dieron su consentimiento para participar en el estudio

#### ***2.2.1.2 Criterios de Exclusión***

- Tener una discapacidad intelectual que le impida comprender y responder las preguntas.

## **2.3 Métodos de recolección**

Para lograr el objetivo 1 se aplicó por la investigadora, el Cuestionario (C4), elaborado por Londoño, Rodríguez y Gantiva, (2011). El cual fue validado en Ecuador en el 2017 con una confiabilidad de 1.13 y con una consistencia interna de 0.58. Este instrumento tiene establecida cuatro categorías que clasifican el nivel de consumo (ítem 23):

1=Consumidor Leve: menos de 10 cigarrillos diarios

2=Consumidor Moderado: 11-20 cigarrillos diarios

3=Consumidor Elevado: 21-30 cigarrillos diarios

4=Consumidor Severo: > 31 cigarrillos diarios

El C4, tiene 28 preguntas cerradas de los cuales 18 demandan respuestas dicotómicas, 8 respuestas de selección múltiples con una sola alternativa y 2 preguntas con respuestas de selección múltiples con varias opciones.

La Clasificación C4 propiamente dicho (ítems 11 a 28), se realiza asignando el puntaje establecido para cada respuesta, a partir de lo cual se determinan valores entre el 0 y 60 puntos. Para el establecimiento del punto de corte se parte del cálculo de la media del puntaje obtenido por cada sujeto por lo que la escala de clasificación va de 0 a 30 y se dividen en tres categorías, fumador de riesgos (5 a 8 puntos), fumador fuerte (9 a 18 puntos) fumador dependiente (19 a 30), la categoría de fumador leve se reserva para aquellos con puntuación de 1 a 4.

Este instrumento hace énfasis en aspectos generales como el nivel de consumo, el grado de dependencia a la nicotina, la intención o intentos previos de dejar de fumar, intensidad de ingestión de nicotina, problemas asociados al consumo o frecuencia del tabaco (Londoño, Velasco, y Pardo, 2017). El puntaje se calculó a partir de la desviación estándar del punto de corte de la validación latinoamericana, obteniendo los siguientes valores: Las categorías de estas variables fueron:

Fumador ocasional: menor de 9.2

Fumador de riesgo: de 9.2 a 11.0

Fumador fuerte: de 11.1 a 11.9

Para determinar el grado de dependencia psicológica y fisiológica a la nicotina en personas fumadoras, se tuvieron en cuenta los ítems 27 y 28. Cada pregunta tiene varias opciones de respuestas en variables dicotómicas y de respuesta de única selección.

Las preguntas que evalúan cada una de las dimensiones antes mencionadas son:

Pregunta 5, 6: Eficacia de las advertencias sanitarias.

Pregunta 1, 4, 7, 8, 9, 10: Exposición al humo de segunda y tercera mano.

Pregunta: 2,3: Creencia acerca de los síntomas asociados al consumo.

Pregunta 11, 12, 13, 21, 22, 23, 24, 25: Topografía o historia de consumo.

Pregunta 14, 20: Intentos y sugerencias de cesación del consumo.

Pregunta 15, 16, 17, 18 19, 26: Problemas asociados al consumo

Además, cabe mencionar que el cuestionario C4 evalúa las anteriores dimensiones que permitieron diseñar una estrategia de intervención en dependencia de los resultados obtenidos en el estudio.

## 2.4 Operacionalización de Variables

A continuación, se presenta la operacionalización de variables que permitieron alcanzar cada uno de los objetivos planteados en los que se describe su naturaleza, categoría y rangos.

### 2.4.1 Operacionalización de variables

Variables	Definición	Clasificación según su naturaleza	Operacionalización	Fuente
Sexo	Condición biológica	Cualitativa nominal dicotómica	0= Hombre 1=Mujer	Cuestionario C4
Edad	Cantidad de años vividos desde el momento del nacimiento hasta el día de la entrevista	Cualitativa nominal politómica	1=Adolescente:16-19años 2=Adulto joven: 20- 40 años 3=Adulto medio: 41-59años 4=Adulto mayor: > 60 años	
Etnia	Según auto identificación	Cualitativa nominal politómica	1= Indígena 2=Mestizo 3=Afroecuatoriano 4=Montubio	
Nivel de instrucción	Nivel de instrucción más alto que una persona ha cursado.	Cualitativa ordinal	1= Ninguno 2=Básica incompleto 3=Básico 4= Bachillerato	

			5= Superior completo 6= Posgrado
Estado conyugal	Situación que determina la unión o no con una pareja.	Cualitativa nominal dicotómica	1= Vive solo 2= Vive en pareja
Ocupación	Actividad productiva o no que se ejerce al momento de la investigación	Cualitativa nominal politómica	1=Estudia 2=Trabaja 3=Desempleado 4=Estudia y Trabaja 5=Ama de casa 6=Jubilado
Nivel de consumo de Tabaco	Según la cantidad de cigarrillos fumados en un día	Cualitativa ordinal	1=Leve 2=Moderado 3=Elevado 4=Severo
Clasificación de Consumidores de cigarrillo	Según evaluación integral propuesta por el C4 en la que se incluye además del nivel de consumo y el grado de dependencia a la nicotina, la intención de dejar de fumar, los intentos previos, la intensidad con la que se ingiere la nicotina, los problemas asociados al consumo y la frecuencia de consumo.	Cualitativa ordinal	1=Fumador ocasional 2=Fumador de riesgo 3=Fumador fuerte 4=Fumador dependiente (Heavy/Dependencia Nicotínica)
Eficacia de las advertencias Sanitarias	Según efecto positivo de la advertencia sanitaria (ítems 5, 6)	Cualitativa nominal dicotómica	1= si 2= No
Exposición al humo de segunda y tercera mano	Según conducta del sujeto frente al humo de segunda y tercera mano (ítems 1, 4, 7, 8, 9, 10)	Cualitativa nominal dicotómica	1= si 2= No

Figura 1

Árbol de Problemas

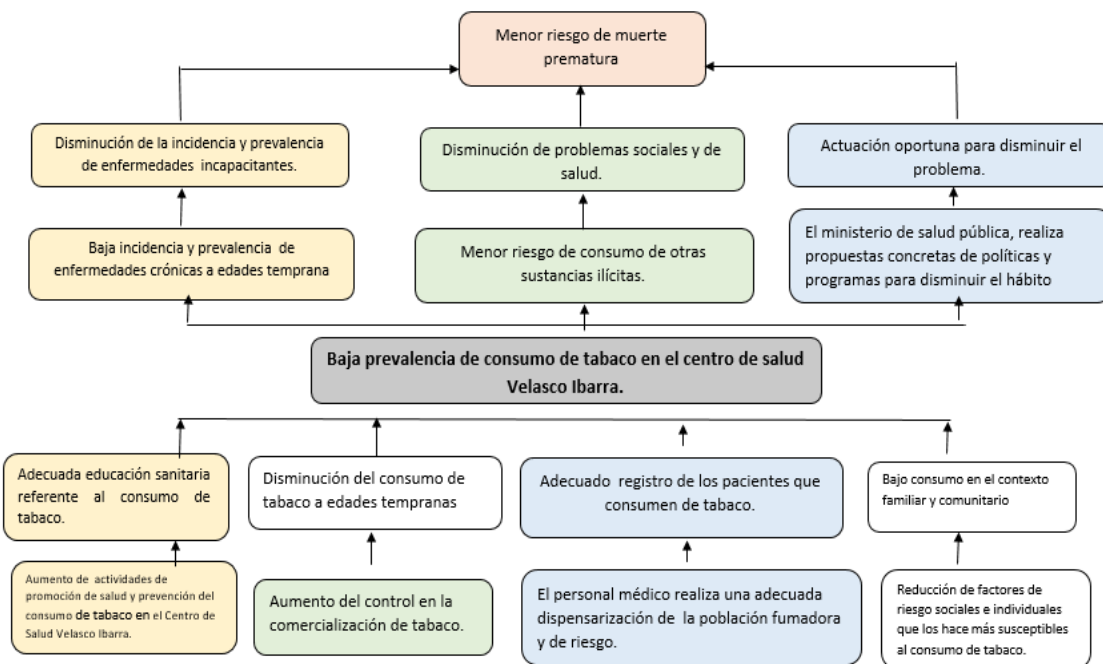
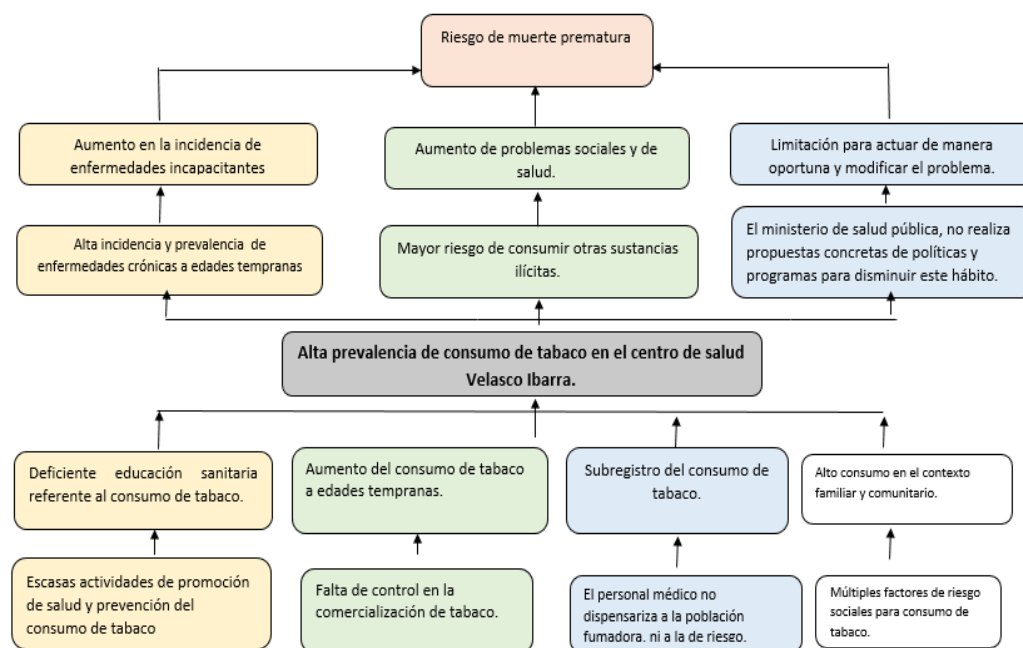


Figura 2

Árbol de Objetivos



## 2.4.2 Matriz de Involucrados

Grupos o Instituciones	Intereses	Recursos y Mandatos	Problemas Percibidos
Equipo médico del centro de salud Velasco Ibarra	Disminuir el número de pacientes con consumo actual del tabaco y reducción de las enfermedades crónicas generadas por el mismo. Participar en los talleres de educación a las personas y familias consumidoras del tabaco al momento de la realización del trabajo.	Recurso Humano. Constitución de la República del Ecuador (Art 32,36,38). Ley orgánica de Salud (Art.6,7 y 13). Equipo de atención integral de salud (EAIS) Modelo de atención integral de salud (MAIS). Convenio Marco.	Falta de continuidad de las estrategias para el control de salud de la población por parte de las autoridades del centro de salud Velasco Ibarra. El equipo de atención en salud no cuenta con un programa de intervención para reducir el consumo del hábito tabáquico. Se trabaja de manera emergente y no de manera sistemática. Poco tiempo para realizar actividades de promoción durante la consulta médica.
Consumidor de tabaco y su familia	Recibir atención de salud integral y óptima durante la implementación del plan de intervención. Recibir conocimientos sobre mitos, perjuicios para la salud y repercusiones psicosociales sobre el consumo del tabaco.	Recursos Humano. Recursos materiales. Constitución de la República del Ecuador (Art 32,36,38).	Personas y sus familias ignoran situaciones de vulnerabilidad frente al consumo tabáquico. Familiares no reciben información necesaria acerca de cómo intervenir ante la presencia de un integrante de su familia consumidora de tabaco.
<b>Población que pertenece al centro de salud Velasco Ibarra.</b>	Adquirir conocimientos sobre los riesgos del consumo del tabaco, los cuales servirán para mejorar la calidad de vida de la población.	Recursos materiales. Constitución de la República del Ecuador (Art 32,36,38). Ley orgánica de protección de adolescentes y adultos (Art.20).	Consumo del tabaco activo y pasivo en la comunidad Falta de atención integral. Necesidad de aceptación entre los pares. Aparición de síntomas emocionales y conductuales como ansiedad, stress, preocupación etc.

	Reducir los problemas de salud en su comunidad.		
<b>Postgradista de medicina familiar</b>	<p>Contribuir a mejorar el estado de salud de la población consumidora de tabaco pertenecientes al centro de salud Velasco Ibarra.</p> <p>Involucrar a las familias, y autoridades del centro de salud en el plan de intervención para disminuir los riesgos del consumo del hábito tabáquico.</p> <p>Cumplir con las actividades establecidas en el trabajo de Fin de Titulación</p>	<p>Talento humano.</p> <p>Recursos materiales y económicos.</p> <p>Reglamento del régimen académico UTPL (Art.12).</p> <p>Equipo de atención integral de salud (EAIS).</p> <p>Modelo de atención integral de salud (MAIS).</p>	<p>Alta prevalencia de consumidores de tabaco.</p> <p>Falta de un programa de detección y seguimiento de pacientes con consumo del hábito tabáquico</p> <p>Falta de colaboración de la población</p> <p>Falta de tiempo para ejecutar el proyecto</p> <p>El aislamiento social para interactuar de manera directa con la población.</p>

Marco Lógico	Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<b>Fin</b>	Caracterizar a la población fumadora que acude al centro de Salud Velasco Ibarra.	100% de las actividades realizadas.	Matriz de pacientes participantes del programa Cuestionario C4. RDACA. Consentimiento Informado	Personal motivado para la realización del estudio.
<b>Propósito</b>	Elaborar una propuesta de intervención para disminuir el consumo de tabaco.	Cumplimiento del 100% de las actividades propuestas.	Propuesta de intervención entregada. Respaldo fotográfico Informe de actividad	Compromiso total las actividades planteadas.
<b>Componente 1</b>	Población fumadora del centro de salud Velasco Ibarra caracterizada.	Cumplir con el 100% de las actividades	Registro fotográfico y material utilizado. Proyecto de investigación.	Los participantes muestran interés en las actividades planificadas.
<b>Componente 2</b>	Propuesta de intervención para disminución del consumo de tabaco.	Propuesta de intervención terminada y entregada.	Propuesta en formato digital en anexos de tesis.	Facilidad en la elaboración del proyecto. Evaluación de experto.
<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Responsable</b>	<b>Medios de verificación</b>	
<b>Componente 1</b> <b>Actividad 1</b> Realizar el cuestionario C4 a toda la población afluyente de los barrios pertenecientes al Centro de Salud Velasco Ibarra.	El 100% de los fumadores han sido clasificados con el C4.	Méd. Postgradista	Consentimiento informado y matriz de registro. Respaldo fotográfico.	
<b>Actividad 2</b> Análisis de los resultados de preguntas 5 del C4 sobre advertencias sanitarias.	El 100% d la revisión ejecutada.	Med. Postgradista	Matriz de datos C4.	
<b>Componente 2</b>	El 100% d la revisión ejecutada.	Med. Postgradista	Referencias bibliográficas. Folleto digital	

Revisión bibliográfica actualizada sobre deshabituación tabáquica durante 6 meses Asesoría por expertos en el tema, con un tiempo de 1 hora semanal durante 15 días.	El 100% de las actividades ejecutadas.	Especialista en Medicina General Integral Expertos en el tema	Correos electrónicos. Medios audiovisuales.	
---	--	--	--	--

## **2.5 Plan de análisis**

Las herramientas a utilizar para el análisis de datos del presente trabajo de investigación serán las siguientes:

Microsoft office Excel 2016 para la recolección de datos en cual se analizará en el Programa Estadístico SPSS Versión 0.8.5.1 año 2017.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos de frecuencias absolutas y porcentaje y además se calcularon medidas de tendencia central.

## **2.6 Componente Ético**

La investigación es una continuidad al estudio realizado por la UTPL durante el año 2018 en Loja y Zamora. Se solicitó autorización a la Directora del Distrito de Salud 07D02, se aprobó por el Comité de ética para investigaciones en seres humanos de la UTPL y se registró en el Vicerrectorado de investigación.

La información recolectada es confidencial y estrictamente voluntaria, utilizada para lograr los objetivos de este trabajo y para que a punto de partida de los resultados se establezcan intervenciones de manera individual o grupal según sea el caso. Las respuestas obtenidas en las entrevistas fueron anónimas conservando los principios de ética del profesional médico.

## **2.7 Confidencialidad de la información y consentimiento informado**

Se solicitó autorización para desarrollar la investigación al Coordinador Zonal de Salud. Una vez obtenida la autorización por parte del Coordinador Zonal y la aprobación por el Comité de ética, a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión se le informó de la naturaleza y los objetivos del estudio, de que no corren ningún riesgo al participar y que tienen el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio, sin que esto afecte ni quebrante de ninguna forma sus derechos como ciudadano y finalmente

a los que estuvieron de acuerdo en participar se le solicitó que firmaran el consentimiento informado.

Los nombres y datos personales de los sujetos de la investigación, así como del Centro de Salud participante fueron tratados bajo extrema confidencialidad, se le asignó un código que fue con el que se registraron la base de datos, amparada por el responsable de la investigación, hasta la publicación de los resultados. De esta forma se garantizó la confidencialidad de su información en el análisis y resultados del proyecto. Los datos recolectados solo tuvieron acceso la investigadora y firmó un acta de confidencialidad.

## Capítulo tres

### Resultados

**Tabla 1**

*Distribución de los consumidores de tabaco según sexo*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	167	85,2
Mujer	29	14,8
Total	196	100,0

La población se caracterizó por un predominio de los sujetos del sexo masculino con el 85,2 % (tabla 1). Resultado que era el esperado ya que el INEC ha informado que en Ecuador el 91,5% de los fumadores pertenecen a este sexo, (OPS/OMS ECUADOR, 2013). De igual forma el CONSEP (2007), hizo referencia al predominio de este sexo en el 63,6% de los fumadores. El mismo comportamiento se observa a nivel mundial, como lo advierte la OMS (2010), que de los mil millones de fumadores, el 80% son hombres y tan solo un 20% son mujeres.

También, porque las cifras entregadas tras la encuesta (STEPS), herramienta para vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónica de la OMS y realizada en Ecuador el 2018, sobre los factores asociados a enfermedades no transmisibles señalan que el 13,7% de la población ecuatoriana de 18 a 69 años de ambos sexos fuman, siendo mayoritariamente los hombres con un 23,8% y las mujeres el 4% (Ministerio de salud Pública, 2018). Similar situación se observó en un estudio en siete países de América Latina incluido Ecuador, realizado por Londoño, Velasco et al. (2017), y en la encuesta nacional de España, realizada a la población adulta, donde el mayor número de fumadores corresponden al sexo masculino (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2016).

Estos resultados demuestran que el tabaquismo es un hábito que predomina en los hombres y puede estar dado por las diferencias socialmente construidas

enmarcadas en el machismo, reforzado a nivel personal para afianzar la autoimagen, la identidad y aceptación grupal (Ortiz, 2016). Esta teoría es sustentada por la OPS (2018), que lo denomina “La caja de la masculinidad” como norma social que se basa en reforzar la fuerza y el atractivo físico masculino aprobando el tener actos como consumo de sustancia cumpliendo así con las expectativas de los pares y la comunidad.

Otros autores han hecho referencia a que las creencias sociales así como las individuales, han establecido diferencias de roles, comportamiento y de estándares de aceptación entre hombre y mujeres, haciendo a los primeros más vulnerables y los induce a iniciar o mantener el hábito tabáquico (Jiménez, 2010), (Pérez, 2020). Sin embargo, aun cuando los datos no son alarmantes para el género femenino son importantes las estrategias de intervención que eviten su aumento. La menor cantidad de mujeres fumadoras también fue analizado por (Hidalgo, Ríos et al., 2019), estos autores se refirieron a la estética como un factor valorado por las mujeres que las aleja del consumo de tabaco y evitan las consecuencias de este como el envejecimiento de la piel, manchas dentales, mal aliento entre otras.

**Tabla 2**

*Distribución de consumidores de tabaco según grupo de edad*

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20 años	3	1.5
20 – 40 años	111	56.6
41 – 59 años	59	30.1
Más de 60 años	23	11.7
Total	196	100,0

En cuanto a la edad, los adultos jóvenes prevalecieron, representan el 56,6%, seguido de los adultos medios con un 30,1% (Tabla 2). La edad promedio fue de 34,6 años, con una desviación estándar de 14,2 años, un valor mínimo de 19 años y un máximo de 82 años.

Los resultados obtenidos en este estudio tienen semejanza a lo señalado por el CONSEP (2007), que demuestra que el hábito crece rápidamente hasta el rango de 20-

24 años, manteniéndose hasta los 40-44 años a nivel máximo, para luego empezar a disminuir regularmente. También la ENSANUT 2012, reportó que la edad de mayor consumo está entre 20 a 39 años tanto para hombres como mujeres.

Esta misma encuesta en el 2018, lamentablemente reporta que la edad de consumo ha disminuido haciéndose más prevalente en adolescentes entre 10 a 17 años cuyo predominio sigue siendo el masculino (INEC, 2018). Mientras que Espinoza (2019) en Costa Rica encontró que la mayor prevalencia era en sujetos en edades comprendida entre los 45 a 64 años.

Según Villena (2009), Roche (2017) y Almache (2018), los adolescentes como primer paso experimentan su consumo en forma ocasional con amigos en el 80 a 85%, y continúan posteriormente a la dependencia, que no es percibida sino después de varios años, haciendo que los adultos jóvenes mantengan un mayor consumo, y registrándose en este grupo una mayor prevalencia (Rodríguez, 2018).

**Tabla 3**

*Distribución de los consumidores de tabaco según etnia*

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	4	2,0
Mestizo	172	87,8
Afroecuatoriano	15	7,7
Montubio	5	2,6
Total	196	100,0

En la tabla 3 se observa que fueron mayoritarios los sujetos que se auto identifican como mestizos. Datos esperados, ya que según el último censo de población los mestizos representan el 71,91% de la población ecuatoriana y en la provincia de El Oro el 81,6% (INEC, 2010) citados por (Amores & Sandoval, 2012); también en el análisis situacional del sector La Ferroviaria, el 99% se auto identifica como mestizos.

**Tabla 4***Distribución de los consumidores de tabaco según estado conyugal*

Estado Conyugal	Frecuencia	Porcentaje
Vive solo	87	44,4
Vive en pareja	109	55,6
Total	196	100,0

Otra variable estudiada fue el estado conyugal, donde se evidenció que un poco más de la mitad de los encuestados viven en pareja. Resultado que concuerda con el CONSEP (2013), que señaló el mayor nivel de consumidores en el grupo de los casados con un 38,8%. Otro estudio señala que uno de cada tres fumadores vive con su pareja que tiene este hábito, lo que podría suponer una influencia (Ruiz-Juan et al., 2015), lo mismo menciona Valencia (2016), atribuyendo el hábito como costumbre de los miembros de la pareja y/o familia, y dejando a los que viven solos el consumo por diversión o verdadera adicción.

**Tabla 5***Distribución de los consumidores de tabaco según la ocupación*

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudia	7	3,6
Trabaja	132	67,3
Desempleado	20	10,2
Estudio-Trabaja	15	7,7
Ama de casa	5	2,6
Cuenta propia	9	4,6
Jubilado	8	4,1
Total	196	100,0

En la tabla 5 se representa la ocupación, observándose que predominaron los sujetos que cuentan con un trabajo estable, con el 67,3% de la población. Sin embargo

Rodríguez (2018), encontró en una población ecuatoriana que los estudiantes eran mayoritarios.

El hecho de que el mayor porcentaje de los fumadores sean trabajadores, indica que al tener recursos económicos pueden solventar este hábito. Lo que constituye un riesgo para aumentar este nivel de consumo y convertirse en fumadores fuertes o dependiente (Rodríguez, 2018). De igual forma en Cuba (Fabelo, Iglesias, et. all, 2017) obtuvieron resultados similares según la clasificación a partir del C4, ya que la mayoría de fumadores eran trabajadores.

Lo que a criterio de la autora puede estar relacionado con el hecho de que algunas personas le atribuyen al tabaco la propiedad de relajar o liberar tensiones, por lo que siente la motivación de consumir luego de una jornada laboral o en caso de las amas de casa después de los oficios del hogar para lograr un momento de descanso o retribución a sus actividades que disminuyan el estrés, depresión o preocupación (González y Fontao., 2004).

En cambio en España el estudio del consumo de tabaco en el ámbito laboral indica lo contrario, ya que el mayor número de fumadores eran desempleados (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2016). Así mismo en una revisión sistemática del 2016, se evidenció una relación inversa entre el mayor consumo de tabaco y un menor nivel de ingresos económico. Tal es así, que existe una mayor prevalencia en aquellos que no son laboralmente activos, lo que difiere con los resultados del presente estudio, pero que a su vez podría explicar cómo el 10,2% de los sujetos desempleados pueden continuar con un hábito que no le es fácil costear (Bardach, García, & all., 2016).

**Tabla 6***Distribución de los consumidores de tabaco según el nivel de instrucción*

Nivel educacional	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	6	3,1
Básico incompleto	13	6,6
Básico	51	26,02
Bachiller	92	46,9
Superior completo	33	16,8
Postgrado	1	0,5
Total	196	100,0

En la tabla 6 se representa la distribución de la población según el nivel de instrucción, en la que predominaron los bachilleres con el 46,9%. Los resultados obtenidos guardan relación con lo señalado por el CONSEP (2007), donde el mayor nivel de consumo se registró en las personas que alcanzaron un nivel de instrucción intermedio con el 45,9%. Aunque existen estudios que hacen referencia a que los mayores porcentaje de fumadores se encuentran en otros niveles de instrucción como es el caso de Valencia, (2016).

**Tabla 7***Distribución de los consumidores de tabaco según el nivel de consumo*

Nivel de consumo	Frecuencia	Porcentaje
Leve	160	81,6
Moderado	18	9,2
Elevado	15	7,7
Severo	3	1,5
Total	196	100,0

Para complementar el primer objetivo se clasificaron a los fumadores según su nivel de consumo, (tabla 7), observándose que prevalecieron los sujetos con un consumo leve, los que representan el 81,6% de la población y entre ellos los del sexo

masculino. A diferencia de lo expuesto por (Hidalgo, Ríos et all, 2018) en que los de mayor predominio fueron los de consumo moderado con un 74%.

**Tabla 8**

*Distribución de los consumidores de tabaco según su dependencia nicotínica C4*

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Fumador de Riesgo	127	64.8
Fumador Fuerte	69	35.2
Total	196	100,0

En la tabla 8 se representa la clasificación de los sujetos según el nivel de dependencia a la nicotina, observando que predominaron los fumadores de riesgo y que en la población estudiada no se identificaron fumadores leves ni dependientes, ya que estos últimos tienden a clasificarse en muy pocos casos debido al tiempo que tomaría en desarrollarse. La dependencia puede presentarse tanto al inicio del consumo como años después, por lo tanto, debe considerarse en los adolescentes y jóvenes su poca apreciación de la amenaza del tabaco lo que les haría más propensos a la dependencia y posterior síndrome de abstinencia (Fabelo, Iglesias et all, 2017).

Datos que guardan relación con el estudio de Hidalgo (2018), en una población ecuatoriana donde se observó el mismo comportamiento, lo que no es de extrañar ya que las poblaciones tienen características socioculturales similares dadas por las creencias, costumbres y entorno social.

El tipo de fumador según la clasificación del cuestionario C4 puede presentar resultados diferentes en cuanto a países, ejemplo de esto se evidencia en el estudio de validación de dicha herramienta en la población cubana donde el 49.7% de los sujetos clasificaron como fumadores fuertes y 48,3% como moderados (Fabelo, Iglesias et all, 2017).

El hecho de que exista un predominio de fumadores de riesgo hace más evidente la necesidad de implementar estrategias de intervención que favorezcan la disminución del consumo y que con ello se evite que los que se encuentran en el grupo de riesgo evolucionen a ser fumadores fuertes o dependientes de la nicotina y a su vez este resultado constituye una oportunidad para los prestadores de salud en cuanto a lograr efectividad en las acciones de prevención ya que como se ha evidenciado los sujetos que inician el consumo a edades más tempranas o en etapa estudiantil de bachillerato o universitarios son más propensos a continuar con el cigarrillo y tornarse en fumador dependiente.

**Tabla 9**

*Distribución de los consumidores de tabaco según dependencia nicotínica y sexo*

Clasificación de fumador	Sexo		Total
	hombre	mujer	
Fumador Ocasional	39	9	48
Fumador de Riesgo	29	1	30
Fumador Fuerte	99	19	118
Total	167	29	196

En la Tabla 9, se observa que los hombres predominaron en todas las categorías de dependencia nicotínica, resultado que corresponde con el hecho de que fueron más hombres que mujeres los participantes. También (Fabelo, Iglesias et al, 2017), encontró en una muestra Cubana que los hombres fuman más que las mujeres, sin embargo, en su caso entre las mujeres fumadoras predominaron las fumadoras de riesgo, mientras que en el presente estudio lo hicieron las fumadoras fuertes. Resultados que hay que brindarle especial atención, porque generalmente se realiza mayor énfasis en los hombres, dejando de lado a las mujeres y este grupo puede sufrir las consecuencias que se devienen del consumo de tabaco.

**Tabla 10**

*Distribución de los consumidores de tabaco según el nivel de dependencia nicotínica y edad*

Clasificación	Ocupación			Total
	Adulto joven	Adulto Medio	Adulto mayor	
Fumador Ocasional	28	14	6	48
Fumador de Riesgo	14	9	7	30
Fumador Fuerte	72	36	10	118
Total	114	59	23	196

Se observa en la tabla 10, que en todas las categorías fueron mayoritarios los adultos jóvenes, siendo más notorio en la de fumador fuerte, hecho que resulta preocupante. Que los adultos jóvenes predominen en la categoría fuerte es una situación que amerita intervenciones de carácter urgente, no solo en estos sujetos sino en toda la población para evitar el inicio del consumo, dado que otros autores ya han evidenciado que en la población ecuatoriana se comienza a fumar desde edades muy tempranas (OPS, 2011)(INEC, 2014). Además de la relación directa que existe entre la edad de inicio del consumo y la dependencia, haciendo más difícil la deshabitación y pudiendo desarrollar otros problemas de salud (Fu, 2011).

**Tabla 11**

*Distribución de los consumidores de tabaco según la dependencia nicotínica y ocupación*

Clasificación de fumador	Ocupación							Total
	Estudia	Trabaja	Desempleo	Estudia y Trabaja	Ama Casa	Cuenta propia	Jubilado	
Ocasional	0	41	3	0	2	0	2	48
De Riesgo	7	73	13	15	2	6	2	118
Fuerte	0	18	4	0	1	3	4	30
Total	7	<b>132</b>	20	15	5	9	8	196

En cuanto a la clasificación del fumador según la dependencia nicotínica y su ocupación, son los que trabajan los que prevalecen en las tres categorías presentes en

la población estudiada. Este resultado es muy similar a lo encontrado por Fabelo, Iglesias y Álvarez (2019), además que la autora coincide con lo planteado por ellos de que, al ser los trabajadores los que disponen de una fuente de ingreso esto puede propiciar que sus niveles de consumo sean más elevados.

**Tabla 12**

*Distribución de la exposición al humo de segunda mano*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Se queda tranquilo	73	37,2
Le molesta y se aleja	103	52,6
Le molesta y no hace nada	20	10,2
Total	196	100

En la tabla 12, se muestra las reacciones generadas por los sujetos fumadores ante la presencia de otros fumando, donde un poco más de la mitad respondió que le molesta y se aleja, mientras que los que se quedan tranquilos alcanzan el 37,2%. Estos resultados no se esperaban porque según Londoño y Gómez (2020), a más de la mitad de los fumadores en su estudio no les molestaba el humo, siendo tanto fumadores activos como pasivos, y tan solo una pequeña proporción contestaron que les molestaba alejándose del lugar.

**Tabla 13***Distribución de la exposición al humo de segunda mano*

Exposición al humo ajeno	Si		No	
	Frec	Porc	Frec	Porc
¿Permanece en sitios donde han fumado?	94	48.00.00	102	52.00.00
¿Su pareja fuma cerca de ud?	16	8.02	180	91.08.00
¿Alguien fuma en casa?	41	20.09	155	79.01.00
¿Alguien fuma en su trabajo?	57	29.01.00	139	70.09.00
¿Algún miembro de la familia fuma?	99	50.05.00	97	49.05.00

En la tabla 13, se observa la distribución del consumo de segunda mano con relación al lugar, y se evidencia que casi la mitad de los sujetos permanece en los sitios donde han fumado otros. De igual manera el 50.5% refiere tener algún miembro en su familia que fuma, siendo estas las dos formas con mayor frecuencia de consumir de manera pasiva el humo de segunda mano. Por otro lado se hace referencia al número de sujetos que respondieron que alguien en su trabajo fuma. Ello guarda relación a lo mencionado en varios estudios mexicanos por Zavala, Gutiérrez, et al (2020), y González, Zavala (2019), donde los adultos jóvenes del sexo masculino tenían mayor exposición en los lugares de trabajo, mientras que las mujeres y adolescentes en el hogar. También Ensanut (2013), confirma lo anterior y señala que con un 66.1% el generador de humo de segunda mano es el jefe del hogar.

**Tabla 14***Eficacia de las advertencias sanitarias*

Ha visto las advertencias	Las advertencias le han hecho pensar en dejar		Total
	Si	No	
Si	144	38	182
No	5	9	14
Total	149	47	196

La eficacia de las advertencias sanitarias se representa en la tabla 14. Se observa que en la población estudiada son mayoritarios los sujetos que han visto las advertencia sanitarias, y de éstos el mayor porcentaje han pensado en dejar de fumar. Este resultado evidencia que existe una relación entre haber visto las advertencias sanitarias y pensar en dejar de fumar ( $X^2=13.436$ ,  $p=.000$ ). Lo que pone de manifiesto el adecuado trabajo que realiza el país y que fue reconocido en el "Informe Internacional sobre Advertencias de Salud en los Empaques de Cigarrillos" (Cigarette Package Health Warnings, International Status Report) en el año 2012, (MSP, 2013).

Lo anterior se corrobora porque contrario a este trabajo, en Cuba se demostró la ineficacia de las advertencias sanitarias como estrategia, ya que aunque la mayoría de los sujetos las lee, a nadie le hace pensar en dejar el hábito y pudiera estar relacionado con factores socioculturales que impiden el control y la ejecución de políticas públicas en este sentido Fabelo, Lorenzo, et all (2018). Además la autora considera que también la diferencia en el contenido de los mensajes de las advertencias en ambos países pudiera estar relacionado con su eficacia.

Además en el contexto ecuatoriano las campañas legislativas como el aumento de impuestos al consumo y el promulgar espacios 100% libres de humo, por si solas es poco probable que tengan impacto positivo en los resultados esperados y que es necesario fortalecer el efecto de la sensibilización a través de la comunicación de advertencias. Estas han sido presentadas en las diferente rondas del Ministerio de Salud

Pública (Jácome, 2014) (Egas, 2015). También han demostrado ser costo efectivas, ya que da la posibilidad al fumador o las personas cercanas ver en pictogramas los riesgos a lo que se exponen con cada tabaco inhalado (Canadian cancer society, 2018).

A partir de los resultados obtenidos con la aplicación del C4 se diseñó un programa de intervención psico educativa dirigido a disminuir el consumo de tabaco en los pacientes atendidos en el centro de salud Velasco Ibarra.

La estrategia diseñada consta de la siguiente estructura:

- ✓ Objetivo general del programa
- ✓ Población meta
- ✓ Alcance
- ✓ Total de sesiones y estructura de las sesiones

Una vez diseñado el programa de intervención psico educativo se procedió a su validación de contenido por criterio de expertos.

### **Validez de contenido**

Para la validez de contenido, se seleccionaron 4 expertos que dieron su evaluación basándose en los siguientes criterios: estructura del diseño general del programa de intervención, cantidad de sesiones del programa, contenido de las sesiones del programa, requisitos concebidos para cada sesión del programa, estructura y contenido temático de cada sesión, pertinentes con lo que se quiere modificar, factibilidad de las sesiones para su implementación, comprensión de la descripción de las sesiones, selección de las técnicas, si considera útil y necesaria la estrategia (Tabla 15). Estos criterios fueron tomados y adaptados de la tesis doctoral de Pernas, (2010).

En la siguiente tabla se muestran los resultados correspondientes a la evaluación de los expertos del programa de intervención propuesto. Los valores medios de las evaluaciones emitidas por los jueces en relación a cada uno de los criterios considerados son iguales a tres o se encuentran cercanos a este valor, lo cual se corresponde a la categoría adecuado. Los valores máximos en la totalidad de los aspectos a valorar es tres y el valor más bajo obtenido por un indicador fue dos, o sea, poco adecuado asignado en cada caso de la siguiente manera:

#### **Experto 1**

- Estructura del diseño general del programa de intervención
- Comprensión de la descripción de las sesiones

#### **Experto 2**

- Estructura y contenido temático de cada sesión, pertinentes con lo que se quiere modificar

#### **Experto 3**

- Comprensión de la descripción de las sesiones

#### **Experto 4**

- Contenido de las sesiones del programa
- Comprensión de la descripción de las sesiones

Se consideró para tener en cuenta criterio de modificación cuando algunos de los aspectos a evaluar obtuviera un porcentaje de acuerdo entre los jueces inferior al 80%. A partir de lo cual el criterio a tener en cuenta fue comprensión de la descripción de las sesiones.

**Tabla 15***Estadísticos descriptivos de las valoraciones emitidas por los expertos*

Aspectos a valorar	Media	Moda	Max	Min	% adecuación
Estructura del diseño general del programa de intervención	3	3	3	3	100.0
Cantidad de sesiones del programa	2.75	3	3	2	91.6
Contenido de las sesiones del programa	2.75	3	3	2	91.6
Requisitos concebidos para cada sesión del programa	3	3	3	3	100.0
Estructura y contenido temático de cada sesión, pertinentes con lo que se quiere modificar	2.75	3	3	2	100.0
Factibilidad de las sesiones para su implementación	3	3	3	3	100.0
Comprensión de la descripción de las sesiones	2.25	2	3	2	75.0
Selección de las técnicas	3	3	3	3	100.0
Si considera útil y necesaria la estrategia	3	3	3	3	100.0

Entre las propuestas de los expertos se encontraron:

#### Experto 1

- Describir las actividades de manera detallada y concreta.

#### Experto 3

- Que la redacción de las guías anticipatorias tenga un lenguaje informal, ameno y sencillo para el lector.

#### Experto 4

- Describirse con mayor detalle cada una de las sesiones.

Se tomó en consideración estas sugerencias y se realizaron las adecuaciones correspondientes en relación a describir de forma más detallada el contenido de las sesiones.

## Conclusiones

Predominaron los consumidores de tabaco con un nivel de consumo leve, según el número de tabacos que consumen al día, adultos jóvenes, hombres, los que se auto identifican como mestizos, con nivel de instrucción medio y que viven en pareja.

Fueron mayoritarios los fumadores de riesgo, aunque los fumadores fuertes constituyen un grupo a tener en cuenta. No se identificaron fumadores ocasionales ni dependientes a la nicotina.

En la población estudiada las advertencias sanitarias son eficaces, siendo mayoritarios los sujetos que la han visto y que han pensado en dejar de fumar.

El cuanto a la reacción que provoca el humo de segunda y tercera mano un poco más de la mitad refiere que le molesta y se aleja, y que un miembro de su familia fuma.

Se diseñó una propuesta de intervención que se sometió a criterios de expertos y se socializó con el personal de la unidad de salud.

### **Recomendaciones**

Sensibilizar e incentivar a los usuarios internos de la Unidad de Salud a aumentar su participación de manera activa en las actividades de promoción de salud y prevención del tabaquismo en todos sus niveles, enfatizando el trabajo coordinado y en equipo.

Capacitar al personal de la unidad de salud Velasco Ibarra en el uso del cuestionario C4 como una herramienta diagnóstica que permite el abordaje más completo.

Poner en práctica de manera continua el programa de intervención propuesto, ya que ofrece las herramientas diseñadas para ser utilizadas por todo el personal en cada área del centro de salud.

Actualizar las estrategias propuestas en la guía de intervención acorde con los avances de las herramientas tecnológicas, para su implementación con diversos grupos etarios e instituciones del sector (escuelas, colegios, clubes etc.).

Que el Ministerio de Salud Pública como órgano rector mantengan el seguimiento continuo a las rondas de las advertencias sanitarias y refuerce el trabajo intersectorial para que se cumpla con lo dispuso en el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

## Referencias

- Aguilar, M., Rodríguez, R., Caballero, M., Arillo, E., Reynales, L. (2017). Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Salud Publica Mex* 2017;59(supl 1):S63-S72. <http://doi.org/10.21149/7835>
- Alcaraz, A., Caporale, J., Bardach, A., Augustovski, F., y Pichon, A. (2016). *Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Argentina y potencial impacto del aumento de precio a través de impuestos*. *Rev Panam Salud Pública*. 2016; 40(4):204–12. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n4/204-212>
- Almache, A. (2018). "Consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de los colegios del cantón Salcedo. Análisis de prevalencia y factores de riesgo asociados". Repositorio Pontificia Universidad Católica. Obtenido de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2455/1/76741.pdf>
- Álvarez, D. (2017). *Reporting the current tobacco smoking situation in the rural population of Quingeo, Ecuador [Reporte de la situación actual del tabaquismo en la población rural de Quingeo, Ecuador]*. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Obtenido de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0.085032484658&partnerID=40&md5=34cc8804715b0501e646104632dc0ec1>
- American Cancer Society. (2018). *The Tobacco atlas web*. Obtenido de [https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas\\_6thEdition\\_LoRes\\_Rev0318.pdf](https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf)
- Amigo, H., Ale, D., Varela, N., Peruga, A., y Bustos, P., (2018). Patrón de tabaquismo y nivel socioeconómico en dos cohortes de adultos jóvenes. *Revista médica de Chile*, 146(2), 168-174. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200168>
- Amores, C., y Sandoval, J., (2012). *Evolución de la población por etnia en el periodo 1990-2010*. ALAP, Org: Obtenido de [http://www.alapop.org/Congreso2012/docsfinais\\_pdf/alap\\_2012\\_final639.pdf](http://www.alapop.org/Congreso2012/docsfinais_pdf/alap_2012_final639.pdf)
- Bardach, A., García, P., Herney, A., Ruano, R., y Ciapponi, A. (2016). *Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis*. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 2016;40(4):263–71. Obtenido de [https://www.epistemonikos.org/es/documents/115f29e74d663b98c34d46ac11f1611118ba5b7c?doc\\_lang=en](https://www.epistemonikos.org/es/documents/115f29e74d663b98c34d46ac11f1611118ba5b7c?doc_lang=en)
- Bertini, M., Busaniche, Julio., Baquero, Ferney., Eyman, Alfredo., Krauss, M., Paz, M., y Catsicaris, C. (2014). *Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescentes*. Sección Adolescencia. Servicios de clínica pediátrica: Obtenido de [https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer/2015/AO\\_Bertini\\_anticip\\_12-2-15.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer/2015/AO_Bertini_anticip_12-2-15.pdf)
- Blanco, A., Sandoval, R., Martínez, L., y Caixeta, R., (2017). Diez años del Convenio Marco de la OMS para control del Tabaco: avanzar en las Américas. *Revista Salud Pública de México*. Obtenido de <https://doi.org/10.21149/8682>
- Bonnie, R, Stratton, K., Kwan, L. y, Committee on the Public Health Implications of Raising the Minimum Age for Purchasing Tobacco Products, Board on Population Health and Public Health Practice, & Institute of Medicine (Eds.). (2015). *Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products*. National Academies Press (US). Obtenido de <https://doi./10.17226/18997>

- Canadian Cancer Society (2004). *Advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos*. Informe sobre situación internacional: Obtenido de [https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/es/WL\\_status\\_report\\_es.pdf](https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/es/WL_status_report_es.pdf)
- Castellanos, M., Cueto, M., Boch, M., Méndez, C., Méndez, L., & Castillo Fernández, Carolyn. (2016). *Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal*. *Revista Finlay*, 6(2), 134-149. Recuperado en 02 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200006&lng=es&tlng=es).
- CDC. (2020). *El tabaquismo y el cáncer*. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades: Obtenido de <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-cancer.html>
- Cisneros, María. (2011). *Determinantes Sociales en el Consumo de Tabaco en la Población Ecuatoriana, según la Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006: Importancia en la construcción de una política pública para su control*. Repositorio Universidad San Francisco de Quito: Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1246/1/100945.pdf>
- Constitución de la República de Ecuador. (2011). *Artículo 137 y 63 [Ley orgánica para la regulación y control del tabaco]*. Registro Oficial 497. Obtenido de <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/12/L-R.O.-497-Ley-Orga%CC%81nica-para-la-regulacio%CC%81n-y-control-del-tabaco.pdf>
- Córdova, J. (2015) *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tabaquismo en estudiantes de pre-grado de medicina en Quito [Tesis de grado, Universidad San Francisco de Quito USFQ]*. Repositorio Institucional <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5848/1/122818.pdf>
- Corvalán, María (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 186-189. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300186>
- Díez, Lucía., Rodríguez, Fernando., Banegas, J., Guallar, P., Fernández, Luis., y Calero, J. (2002). Características demográficas, hábitos de vida e historia del consumo de tabaco de los fumadores ocasionales en España. *Revista Española de Salud Pública*, 76(4), 281-291. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000400003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000400003&lng=es&tlng=es).
- Espinoza, A., Fantin, R., Barboza, C., y Salinas, A. (2020) Características sociodemográficas asociadas a la prevalencia del consumo de tabaco en Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública*. 2020; 44: e17. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.1>
- Fabelo, J. R., Lorenzo, E., Iglesias., y Álvarez, E. (2019). Impacto de las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos sobre los fumadores cubanos. *Salud & Sociedad*, 9(3), 306-313. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2018.0003.00008>
- Fabelo, J., Iglesias, S., y Álvarez, E. (2019). Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillos. Resultados de su aplicación en Cuba, 2017. *Revista Habanera De Ciencias Médicas*, 18(4), 654-665. Obtenido de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2434/2392>
- Fernández, E., y Figueroa, O. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 225-235. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2018000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200008&lng=es&tlng=es).
- Francisco, J., Isorna, M., Ruiz, Jorge., y Vaquero, C. (2015). *Consumo de tabaco en adultos de Monterrey: relación con actividad*. Nutrición hospitalaria. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n2/43originaldeporteyejercicio03.pdf>

- Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, M., Romero, N., Sáenz, K., Piñeiros, P., Gómez, L., y Monge, R. (2014). Tomo I: *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. Ensanut-ecu 2012*. Ministerio de salud pública/instituto nacional de estadísticas y Censos. Quito-Ecuador
- García, X., Guerra, F., Ortega, R., Sánchez, A., y Martínez, M. (2004). Consumo de tabaco en titulados universitarios: El Proyecto Sun (Seguimiento Universidad de Navarra). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 108-117. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000200006&lng=es&tlng=es).
- González, E., Zavala, L., Rivera, L., Leiva, A., Natera, G., Reynales, L.(2019). *Factores sociales asociados con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes mexicanos de poblaciones menores a 100000 habitantes*. Salud Pública México. Obtenido de <https://doi.org/10.21149/10563>
- González, R., y Zago, M. (2004). Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (spe), 412-419. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000700017>
- Guindon, E., (2003). *Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco*. Obtenido de Documento de trabajo de Salud, nutrición y población. Documento no. 6 de la serie aspectos económicos del control del tabaco: Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/2825>
- Hidalgo, A., y Ríos, R. (2019). *Validación del cuestionario de clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para fumadores en Ecuador*. [Trabajo de Titulación de Médico, universidad Tecnica Particular de Loja]. UTPL, Loja. Repositorio Institucional <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/24551>
- INE. (2017). *Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda)*. Instituto Nacional de estadística de España: Obtenido de [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)
- Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. y Organización Mundial de la Salud. (20216) Los aspectos económicos del tabaco y del control del tabaco. *Monografía 21 sobre el control del tabaco del Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de [https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/m21\\_exec\\_sum\\_spanish.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/m21_exec_sum_spanish.pdf)
- Infosalus (2017). El Impácto económico del tabaquismo: un billón de dólares en todo el mundo. *Infosalus.com*: Obtenido de <https://www.infosalus.com/actualidad/noticias-impacto-economico-tabaquismo-billon-dolares-todo-mundo-20170110133812.html>
- Londoño, C., y Gomez,L. (2020). Riesgo de consumo de cigarrillo en población adulta colombiana. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 12(1), 25-46. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n1a02>
- Londoño, C., Rodríguez, I., y Gantiva, C. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 281-291. Retrieved March 28, 2021. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982011000200007&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000200007&lng=en&tlng=es).
- Londoño, C., Velasco, R., y Pardo, C. (2020). *Sistema de Clasificación de consumidores de cigarrillo /tabaco*. Universidad Católica de Colombia. Obtenido de <https://publicaciones.ucatolica.edu.co/acceso-abierto/logos-vestigium-8.pdf>
- Martínez, Cristina., Castellano, Y., Company, A., Guillen, O., Margalef, M., Arrien, M., Sánchez, C., Cáceres, P., Barnoya, J., Fernández, E. (2018). *Impact of an online training program in hospital workers' smoking cessation interventions in Bolivia*,

- Guatemala and Paraguay*. Gaceta Sanitaria, Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv32n3/0213-9111-gs-32-03-236.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Programa Nacional de Control del Tabaco*. Plan nacional de prevención y control del tabaco: Obtenido de [https://www.who.int/fctc/reporting/Ecuador\\_annex1\\_national\\_action\\_plan2008.pdf](https://www.who.int/fctc/reporting/Ecuador_annex1_national_action_plan2008.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Ministerio de Salud promueve ambientes no contaminados con humo de tabaco*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-promueve-ambientes-no-contaminados-con-humo-de-tabaco/>
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Encuesta STEPS Ecuador 2018, MSP, INEC, OPS/OMS. Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*. Informe de resultados. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPs.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de la República Oriental de Uruguay. (2009). *Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer nivel de atención*. Manual PNA. Obtenido de <https://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2016). *Hábitos de vida, Informe anual del sistema nacional del salud 2017*. Informes, estudios e investigación. Obtenido de: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/2Hab\\_vida.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/2Hab_vida.pdf)
- Moore, P., Pavié G., Véjar, L., y Corvalán, B. (2017). Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 193-200. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300193>
- MSP. (2020). Ecuador advierte que el consumo de tabaco durante la pandemia traerá consecuencias en la salud. *Ecuador libre de humo de tabaco*. Obtenido de: <https://www.salud.gob.ec/msp-advierte-que-el-consumo-de-tabaco-durante-la-pandemia-traera-consecuencias-en-la-salud/>
- MSP. (2012). Estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TABAQUISMO.pdf>
- Muñoz, R., y Rodríguez, María. (2014). *Factores relacionados con el inicio en el consumo de tabaco en alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria*. *Enfermería Global*, 13(35), 113-124. Obtenido en 04 de abril de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300007&lng=es&tlng=es).
- OMS. (2019). *Tabaco*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- OMS. (2019). *El Tabaco y el cuerpo humano*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324847/WHO-NMH-PND-19.1-spa.pdf?ua=1>
- OMS/GBD. (2018). *Enfermedades no trasmisibles*. Organización Mundial de la Salud y Global Burden of Disease Study. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OPS/OMS. (2018). *Perfil de los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/part-one-a-profile-of-adolescents-and-youth-in-the-americas.html>
- OPS/OMS. (2012). *Salud en las Américas 2012*. Obtenido de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas->

- 2012/index.php?option=com\_content&view=article&id=40:ecuador&Itemid=149  
&lang=es
- OPS. (2015) *Tabaquismo*. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [https://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_content&view=article&id=329:tabaquismo&Itemid=283](https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=329:tabaquismo&Itemid=283)
- Pérez, M. (2015). *“uso de palabras altisonantes en la rehabilitación de un grupo de alcohólicos anónimos”*. Repositorio de la Universidad Autónoma del Estado de México: Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66474/TESIS-split-merge.pdf?sequence=3>
- Pernas, I. (2010). *Estrategia educativa para favorecer la funcionalidad familiar en parejas jóvenes [tesis doctoral]*. Camaguey: Universidad de Ciencias Médicas de Camaguey. Obtenido de [http://tesis.sld.cu/FileStorage/000444-345F-Pernas\\_Alvarez.pdf](http://tesis.sld.cu/FileStorage/000444-345F-Pernas_Alvarez.pdf)
- Pichon, A., Bardach, A., Augustovski, F., Alcaraz, A., Reynales, L., Teixeira, M., Castillo, M., Peña, E., Osorio, D., Huayanay, L., Loza, C., Saenz, B., Gallegos, V., De la Puente, C., Navia, M., Caporale, J. (2016). Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. *Rev. Panam Salud Pública*. 2016; 40 (4):213–21. Obtenido de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31302/v40n4a05\\_213-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31302/v40n4a05_213-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Real Academia Española. (2020). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/tabaquismo>
- Rodrigo, I. (2009). *Estrategias de reducción de riesgos en tabaquismo: ¿oportunidad o amenaza?*. Archivos de Bronconeumonía, Obtenido de <https://www.archbronconeumol.org/es-estrategias-reduccion-riesgos-tabaquismo-oportunidad-articulo-S0300289609003378>
- Saavedra, C. (2004). El Impacto económico del tabaquismo. *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. Obtenido de [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2004/II/4- El impacto\\_económico \\_del\\_ tabaquismo\\_.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2004/II/4- El impacto_económico _del_ tabaquismo_.pdf)
- Samet, M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, 44(Supl. 1), s144-s160. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000700020&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700020&lng=es&tlng=es)
- Silva, V. (2018). *Interferencia de la industria tabacalera un resumen mundial*. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la salud. Obtenido de <https://www.who.int/fctc/secretariat/head/statements/2017/ungc-integrity-review-tobacco-industry/es/>
- Sociedad Española de lucha contra el cáncer. (2014). *Esfumate del tabaco. Guía para dejar de fumar*. Obtenido de [https://previa.uclm.es/servicios/prevencion/actividades/Tabaco/guia\\_AECC.pdf](https://previa.uclm.es/servicios/prevencion/actividades/Tabaco/guia_AECC.pdf)
- Tanja, K., y Quintero, C. (2017). *Efectos neurobioquímicos de la nicotina en el cerebro humano*. Revista 16 de abril. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15260d.pdf>
- Thirión, I., Pérez, R., García, Cecilia., y Torre, L (2018). *Tabaquismo y cáncer de pulmón. Cincuenta años de evidencia*. *Rev. Neumología Cardio- Torácica*, Obtenido de <http://www.medigraphic.com/neumología>
- Valencia, J. (2016). *Factores que determinan el inicio del consumo de tabaco en el Ecuador. [Tesis de grado Universidad Pontificia Universidad Católica de Quito]*.

- Repositorio Institucional  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11505/Factores%20que%20derminan%20el%20inicio%20del%20consumo%20de%20tabaco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vázquez, M. (2016). *Factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia Estado Tamaulipas, México. [Tesis de maestría, Universidad de Alicante].* Repositorio Institucional <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/54453>
- Villena, A., Morena, S., Párraga, I., González, M., Soriano, H., y López, J. (2009). *Factores asociados al consumo de Tabaco en Adolescentes.* Revista Clínica de Medicina de Familia, pp. 320-325, Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169614509002.pdf>
- Zavala, L., Gutiérrez, D., Paz, W., Reynales, L., y Fleischer, N. (2019). Factores asociados con la exposición al humo de tabaco de segunda mano en lugares públicos y privados en México. Encodat 2016. *Salud Pública de México*, 61(5, sep-oct), 591-600. doi:<http://dx.doi.org/10.21149/9877>

## Apéndices

### Apéndice 1: Autorización Coordinación zonal al centro de salud

  
 Universidad Técnica Particular de Loja

**SOLICITUD**

Machala, 20 de Enero del 2020

Sr.  
 Dr. Gabriel Tapia  
 DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD VELASCO IBARRA  
 CIUDAD:

De mis consideraciones:

Yo, María Elizabeth Astudillo Román, con número de cédula 0703748806, médico residente de postgrado de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, que me encuentro haciendo la rotación comunitaria en esta unidad de salud, me dirijo a ud., para expresar mis saludos cordiales y la vez solicitar gentilmente la autorización para la realización dentro de las instalaciones de parte de las actividades concernientes a mi proyecto de titulación, con el tema "Caracterización de consumidores de tabaco en el centro de salud "Velasco Ibarra".

Dichas actividades serán realizadas tanto en la atención médica como en las visitas a la comunidad como parte de mis actividades de trabajo diarias.

En espera de una respuesta favorable, de antemano muchas gracias

At.  
  
 Md. Elizabeth Astudillo Román  
 Residente de Postgrado de Medicina Familiar

  
 M.d. Gabriel Tapia Román  
 EDA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
 Reg. Saneam. 1008-2017-168163  
 21-01-220

**Apéndice 2**

(Machala, 02/06/2020)

Señor Doctor  
**José Ortiz Segarra**  
**PRESIDENTE DEL COBIAS-UCuenca**  
**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
Presente.-

**Asunto:** Declaración juramentada de confidencialidad de manejo de la información y Carta de compromiso del investigador principal del **(proyecto de investigación o trabajo de titulación): (Título de protocolo).**

De mi consideración:

Yo **(María Elizabeth Astudillo Román)** con CI **(0703748806)**, en calidad de investigador principal del **(proyecto de investigación o trabajo de titulación) (Caracterización de la población fumadora del centro de salud Velasco Ibarra)**, expreso mi compromiso de guardar la confidencialidad del manejo de la información, y responsabilidad de cumplir y hacer cumplir con las normas bioéticas nacionales e internacionales durante todo el proceso del desarrollo de la investigación, en caso de contar con la aprobación del COBIAS-UCuenca. Me comprometo también en comunicar al COBIAS-UCuenca cualquier modificación al protocolo y realizar la solicitud de renovación en caso de que el tiempo de realización del estudio se prolongue más allá del tiempo de la aprobación.

Atentamente,

.....  
(Firma)

**María Elizabeth Astudillo Román (proyecto de investigación o trabajo de titulación)**

### **Apéndice 3**

#### Información al entrevistado (a).

Como parte del proceso de prestación de servicios sanitarios a la población, la UTPL está realizando una investigación con el objetivo de Caracterizar la población fumadora del Centro de Salud Velasco Ibarra de la ciudad de Machala durante el año 2020 y que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar la atención sanitaria que se le brinda a la población.

Usted no corre ningún riesgo al aceptar participar. Se le brindará toda la información que necesite para la comprensión del estudio. Además, podrá retirarse del mismo en el momento que usted decida sin tener que dar explicaciones y sin que esto interfiera en la atención de salud que recibe.

#### Confiabilidad de la información

La información que usted brinde, no tiene ninguna repercusión legal, los resultados se manejan solamente con fines estadísticos y de investigación, serán publicados en una revista científica, pero en ningún momento se revelará ningún dato en el que usted pueda ser identificado, garantizando así la confidencialidad de los datos. Por tanto, rogamos a usted que responda con sinceridad.

#### Declaración y firma del entrevistado.

He recibido información suficiente por parte de los investigadores, quienes me han explicado en qué consistirá mi participación durante la investigación. Yo \_\_\_\_\_ he podido hacer las preguntas que me preocupaban y entiendo la importancia de nuestra participación en este estudio. Por lo cual doy mi consentimiento para participar

A los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistado

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

## Apéndice 4. Cuestionario de clasificación de fumadores C4

### CUESTIONARIO DE CLASIFICACION DE CONSUMIDORES DE CIGARRILLO C4

Londoño et al. 2016

A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con el consumo de tabaco, marque con una **x** la casilla de la opción que mejor describe su forma de pensar o actuar en diversas situaciones; conteste con sinceridad y recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Asegúrese de responder todas las preguntas.

Sexo  Hombre  Mujer Edad: \_\_\_\_\_  
 Ocupación:  Estudia  Trabaja  Está desempleado  Estudia y trabaja  Es pensionado  
 País \_\_\_\_\_ Ciudad de residencia \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo alguien fuma cerca de usted?  
 Se queda tranquilo  Le molesta y se aleja del humo  Le molesta el humo pero no hace nada
2. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos seis meses? (Marque el número de opciones que considere necesario)  
 Tos constante  Enfermedades respiratorias  Agitación  Dificultad para respirar durante el ejercicio  
 Congestión nasal  Enfermedades cardíacas  Cáncer  Otra: Cual? \_\_\_\_\_
- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 3. ¿Cree que esos síntomas pueden estar relacionados con el cigarrillo?       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Permanece en sitios en donde otros han fumado y aún huele a cigarrillo?    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Ha observado advertencias en las cajetillas de cigarrillos                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Si fuma, las advertencias sanitarias le han hecho pensar en dejar de fumar | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Su pareja fuma cerca de usted  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. Alguien fuma en su casa  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. Alguien fuma en su lugar de trabajo  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Algún miembro de su familia fuma  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. ¿Ha fumado alguna vez por más de 6 meses en su vida?                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12. ¿Actualmente fuma?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. ¿Ha fumado de manera estable durante los últimos 6 meses?                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. ¿Ha intentado dejar de fumar?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Algún familiar, amigo o compañero le ha sugerido que deje de fumar?       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. ¿Algún profesional de la salud le ha sugerido que deje de fumar?           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. ¿Encuentra difícil dejar de fumar en sitios donde está prohibido?          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. ¿Fumar le ha acarreado problemas de salud?                                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. ¿Encuentra difícil dejar de fumar aun cuando está enfermo?                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. ¿Desearía dejar de fumar?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

12. ¿Hace cuánto empezó a fumar?
- Menos de 1 año  
 De 1 a 3 años  
 De 3 a 5 años  
 Más de 5 años

13. ¿Indique el tiempo máximo que ha fumado?
- 1 año o menos  
 De 1 a 5 años

14. ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día normal de consumo?	<input type="checkbox"/> 10 o menos.
	<input type="checkbox"/> 11 a 20
	<input type="checkbox"/> 21 a 30
	<input type="checkbox"/> 31 o más
15. ¿Cómo fuma los cigarrillos?	<input type="checkbox"/> Tiene el humo en la boca
	<input type="checkbox"/> Traqa el humo
	<input type="checkbox"/> Aspira profundamente
16. ¿Cuánto tarda, después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?	<input type="checkbox"/> Alrededor de 5 minutos.
	<input type="checkbox"/> De 30 minutos a 1 hora
	<input type="checkbox"/> Una hora o más
17. Debido a su forma de fumar o experimentado	<input type="checkbox"/> Agitación extrema ante la actividad física
	<input type="checkbox"/> Tos constante
	<input type="checkbox"/> Congestión
	<input type="checkbox"/> Alguna enfermedad grave
	<input type="checkbox"/> Cambio en el sabor de los alimentos
18. Cuando deja de fumar un cigarrillo habitual, experimenta... (Marque el número de opciones que crea necesario)	<input type="checkbox"/> Irritabilidad, ira o impaciencia
	<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse.
	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
	<input type="checkbox"/> Tensión o ansiedad.
	<input type="checkbox"/> Somnolencia.
	<input type="checkbox"/> Ideas incontrolables acerca de fumar
	<input type="checkbox"/> Miedo a sentirse mal
	<input type="checkbox"/> Deseo intenso de fumar
19. ¿A qué cigarrillo odaría más renunciar?	<input type="checkbox"/> Al primero de la mañana.
	<input type="checkbox"/> Al que acompaña una actividad placentera
	<input type="checkbox"/> Al de antes de un parcial
	<input type="checkbox"/> Al de después del almuerzo.
	<input type="checkbox"/> Al último de la noche.
	<input type="checkbox"/> Al que me acompaña cuando estoy preocupado

## **Apéndice 5. Propuesta de intervención**

### **Programa educativo para la prevención del consumo de tabaco**

El tabaco es uno de los problemas mundiales de salud pública, que es causa de innumerables enfermedades y la complicación de otras. En el Ecuador la estadística hasta el 2017 señala que el 8.8% de la población mayor de 12 años inicia en este hábito, y se conoce que mientras más temprano sea el inicio más difícil su deshabituación, trayendo consigo el riesgo de probar otras sustancias nocivas o generar múltiples enfermedades crónicas en la población, lo que a su vez reduce ingresos económicos para el hogar, menor productividad laboral, mayores gastos médicos y a su vez para el estado aumento de uso de recursos del sistema de salud que podrían ser destinados a otros programas preventivos.

Según los datos obtenidos del estudio sobre la caracterización de la población consumidora de tabaco del sector La Ferroviaria, se conoce que existe una mayor proporción de hombres fumadores que mujeres; que el grupo etario de mayor consumo es el de adultos jóvenes que se encuentran económicamente activos. Además según la clasificación establecida por e C4 los de mayor prevalencia son fumadores de riesgo y según el nivel de consumo los de mayor prevalencia los leves.

Otros resultados analizados mencionan que las advertencias sanitarias que tienen las cajetillas de tabaco han tenido una relación significativa en hacer pensar a las personas en dejar de fumar, por lo que se ha planteado la necesidad de reforzar los esfuerzos de manera integral.

Uno de los puntos débiles identificados es que existe un sub registro de los pacientes con diagnóstico de tabaquismo según la codificación CIE 10, por lo que es difícil contar con datos que permitan evidenciar el problema en el sector y sin lugar a dudas al no haber problema detectado, no hay de necesidad de soluciones.

El tabaquismo es un tema conocido a cabalidad por el personal de primer nivel, pero es necesario sensibilizarlo para trabajar en actuaciones sencillas, breves pero efectivas para evitar el inicio del consumo en la población. También será necesario fomentar un trabajo intersectorial atendiendo a la población en general con estrategias en prevención primaria, además de un diagnóstico oportuno para el manejo de su deshabituación.

Los fumadores son usuarios del sistema de salud y es ahí donde la modalidad que ofrece la atención primaria por su cercanía e interacción con la población favorece a que las estrategias de intervención sean accesibles y bien recibidas por la comunidad, además de permitir un adecuado tratamiento y seguimiento de cada caso, es por ello fundamental el trabajo coordinado del personal con la finalidad de reducir las cifras de consumidores de tabaco.

En este proyecto de intervención se plantea a partir de la sensibilización de todo el personal de la unidad, para luego indicar estrategias sencillas, novedosas, promover una vida sin consumo de tabaco y prevenir sus enfermedades.

**Beneficiarios directos:**

- Población fumadora afluente a la unidad de Salud

**Beneficiarios indirectos:**

- Proveedores de salud
- La población en general

**Educadores:**

El equipo de salud en general (médicos, enfermeros (as), educadores para la salud, psicólogos, nutricionista, odontólogos), así como los maestros de las instituciones educativas del sector.

**Objetivo General:**

Contribuir al fortalecimiento de la promoción de salud y la prevención del consumo de tabaco en el primer nivel de atención.

**Objetivos Específicos:**

1. Garantizar que el paciente y el familiar reciban una adecuada educación como parte del tratamiento.
  - a) A corto plazo: desarrollar conocimientos que le motiven a abandonar el hábito tabáquico y cumplir con el tratamiento:
    - Manejo y control adecuado del síndrome de abstinencia
    - Lograr la adherencia terapéutica.
    - Incorporar la práctica de estilos de vida saludables.
  - b) A largo plazo: contribuir al aumento de la calidad de vida del paciente
    - Disminuir los riesgos que conlleva el fumar
    - Facilitar el buen control evitando recaídas.
    - Evitar el desarrollo de enfermedades crónicas generadas por el tabaco.
2. Mejorar los conocimientos y actitudes de los proveedores de salud para garantizar una atención integral a las personas con consumo de tabaco.
3. Brindar información general a la población sobre el tabaquismo y promover eliminación de creencias erróneas.

El proyecto de intervención se plantea desde dos ejes, la primera como una estrategia educativa.

## **Estrategia educativa**

El programa, se fundamenta en el trabajo del equipo multidisciplinario del Centro de Salud Velasco Ibarra salud de la unidad y otras personas o instituciones vinculadas a la prevención del consumo de tabaco en la población.

## **Principios básicos**

- Carácter de sensibilización y humanización del equipo de salud.
- Participación activa de la persona en el cuidado de su salud.
- Conveniencia de la comunicación en equipos multi disciplinario para la toma de decisiones.

## **Principios comunicacionales**

- Actividades en grupos y en relación interpersonal
- Que cada miembro del grupo emita y reciba información
- Que el mensaje de salud se reelabore y surja del grupo

## **Principios pedagógicos**

Desarrollar capacidades reflexivas a partir de los conocimientos facilitados por los expertos.

Crear escenarios de problema que promuevan técnicas participativas para análisis, discusión y búsqueda de soluciones.

## **Derechos de los pacientes**

La constitución de la República del Ecuador establece en la constitución del 2008, que:

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

En el Art. 364 las adicciones se definen como un problema de salud pública, se establece la responsabilidad del Estado para su prevención, y, se establece el control y regulación de la publicidad de alcohol y tabaco.

### **Metodología de la enseñanza**

La metodología en Educación y Promoción de la salud permiten la realización de ciertas técnicas eficaces en los espacios más habituales de sociabilidad como los servicios sanitarios, las mismas que pueden estar enfocadas en promoción de salud y prevención de enfermedades.

**Consejo y asesoramiento.** Para personas que van a una consulta profesional. Es breve y se aprovecha la atención personal.

**Educación para la salud individual.** Serie de consultas que se organizan entre profesional y usuario.

**Educación para la salud grupal o colectiva.** Intervenciones en grupos homogéneos o dirigidos a la comunidad con un problema o aspecto de salud concreto, o bien desarrollo de talleres, cursos o sesiones para concienciar sobre factores determinantes

de salud.

**Información y comunicación.** Participación en los medios masivos de comunicación, elaboración y uso de diferentes herramientas de información como folletos, carteles, murales, entre otras.

**Acción y dinamización social.** Dirigido a la comunidad, con modificación de normas sociales y trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y diferentes grupos

### **Actividades educativas**

Para mejorar los conocimientos, se realizarán las siguientes actividades de promoción y prevención.

1. Socialización del proyecto de intervención al personal de salud.
2. Capacitación al personal sanitario sobre temas esenciales para la ejecución del proyecto.
3. Charlas Psico- educativas a la población en general desarrolladas por los profesionales de cada departamento de la unidad.
4. Entrega de guías anticipatorias y difusión de material ilustrativo por los profesionales de cada área de la institución.
5. Difusión de videos educativos en salas de espera de la consulta externa.
6. Visitas domiciliarias al entorno del paciente con consumo de tabaco.
7. Manejo individualizado del paciente fumador.
8. Trabajo con grupos de autoayuda.

Recomendamos que la propuesta hacia la población tengan las siguientes consideraciones:

- a) Diálogo y discusión en pequeños grupos con pacientes fumadores.
- b) Accesibilidad en la visualización de los contenidos, que se podrán encontrar en como material adjunto en los correos personales de los pacientes.
- c) Contenido sencillo y práctico relacionado con las actividades diarias.
- d) Brindar solo uno o dos mensajes a la vez
- e) Reformular los mensajes con el aporte de la discusión

## **Desarrollo de actividades del Proyecto de Intervención**

### **Para personal Médico**

#### **Sesión 1.**

##### **Objetivo:**

**Socialización del proyecto de intervención al personal de salud.**

##### **Actividades:**

Presentación del proyecto de intervención y de las funciones de cada profesional según sus competencias.

**Técnica de presentación:** Exposición.

Esta actividad se llevará a cabo, en la sala de reuniones de la unidad de salud con un aforo de máximo 10 personas, hasta completar a todos los usuarios internos de la unidad. Mediante una exposición a través de medios audiovisuales, se expondrá los objetivos, metodología, recursos y el cronograma establecido para las acciones planificadas. En caso de no ser posible por motivos de bioseguridad, se propone el realizar las reuniones de manera virtual por plataformas tecnológicas, con los mismos tiempos y especificaciones.

**Tiempo establecido:** 30 minutos para cada reunión.

**Responsable:** Delegado por el líder de la unidad de salud.

**Medios de Verificación:** Firma de asistencia, evidencia fotográfica, grabación de reunión por vía telemática.

**Indicador:** 100% de las actividades realizadas.

## Sesión 2.

### Objetivo

**Capacitar al personal sanitario sobre temas esenciales para la ejecución del proyecto.**

Actividades: Capacitación

- Instrucción en el uso del Cuestionario C4
- Capacitación en determinación del Índice Tabáquico
- Incentivar al personal en la pesquisa de fumadores y el registro diario de pacientes al sistema estadístico (RDACA)
- Capacitación en técnicas de la 5 A.

Técnica de presentación: Exposición y discusión de caso problema

La actividad será realizada en la sala de reuniones de la unidad de salud, con la participación del personal de las áreas de medicina general, ginecología, psicología, odontología y nutrición, los mismos que se reunirán en grupos de máximo 10 personas. El número de reuniones estarán en dependencia de los grupos conformados, y se desarrollarán a lo largo de una semana de acuerdo a un cronograma establecido para el efecto. En caso de ser necesario pueden hacerse a través de una plataforma virtual.

En esta actividad mediante una exposición de caso problema sobre el tabaquismo, se planteará el desarrollo del mismo, utilizando las herramientas diagnósticas y de riesgo como son el Cuestionario de Clasificación de fumadores C4 y el índice tabáquico respectivamente. A partir de este punto, se incentivará a la pesquisa de todos los pacientes afluentes y se registre el diagnóstico CIE 10 en la historia clínica única, lo cual servirá para mantener una actualización de todos los pacientes.

Tiempo establecido: 1 hora

Responsables: Delegado del líder de la unidad

Medios de Verificación: Firma de asistencia, evidencia fotográfica, grabación de reunión por vía telemática.

Indicador: 100% de las actividades realizadas

### **Para población en General**

#### **Sesión 1.**

**Actividades Psico - educativas a la población en general desarrolladas por los profesionales de cada departamento de la unidad**

#### Objetivo

- Disminuir el consumo de tabaco en la población
- Realizar promoción de salud y prevención de enfermedades.

#### Actividades:

- Capacitación en charlas psicoeducativas, expuestas por un profesional de cada área de la unidad.
- Talleres de estilos de vida saludable, técnicas de relajación y manejo de crisis.
- Ludicación relacionados con las enfermedades que produce el consumo activo y pasivo de Tabaco.

Técnica de Exposición.- Exposición, talleres y gamificación.

Las actividades propuestas se llevarán a cabo durante seis semanas, donde la capacitación de chalas psicoeducativas se harán una semanal los días lunes, miércoles y viernes, en la sala de uso múltiple, previa colaboración del paciente, con un máximo de 15 personas, hasta completar la totalidad de población participante. Cada actividad debe ser llevada a cabo por un delegado de cada área, plasmando los daños del tabaco desde su competencia laboral.

Los talleres y las actividades lúdicas se desarrollarán en las instalaciones de la unidad operática, una mensual los días viernes, con una hora de duración, enfocados a: técnicas de relajación, talleres de lectura comentada, manejo de crisis y estilos de vida saludable. Se realizarán por grupos de 20 personas hasta completar del total de participantes. Debemos señalar que, las actividades pueden ser realizadas en dos modalidades, presencial y virtual.

Tiempo establecido: 1 hora por cada actividad

Responsables: Profesionales de cada área de la unidad.

Medios de Verificación: Firma de asistencia, evidencia fotográfica, grabación de reunión por vía telemática.

Indicador: 100% de las actividades realizadas y 80% de asistencia de la población participante.

## **Sesión Núm. 2**

- 1. Entrega de guías anticipatorias por los profesionales de cada área de la institución.**

Objetivo

- Facilitar el aprendizaje de los efectos del tabaco, a través de sus ilustraciones.
- Dinamizar el conocimiento haciéndolo más comprensible.

Actividades:

- Entrega de guías anticipatorias por los profesionales de cada área de la institución.
  - Guías Gineco - Obstétricas.- Daños que produce el tabaco sobre el feto.
  - Guía de Odontología.- Riesgos del tabaquismo en la salud oral.
  - Guía de Medicina General y Familiar.- Enfermedades ocasionadas por el tabaquismo y los riesgos de complicaciones a enfermedades crónicas.
  - Guía de Nutrición.- Alimentación adecuada para el proceso de deshabitación.
- Difusión de material ilustrativo (banners) alusivo a los daños ocasionados por el tabaco
  - Video de las enfermedades ocasionadas por el consumo de tabaco.
  - Banner con imágenes alusivas al tema
  - .
- Manejo individualizado del paciente fumador.
  - Capacitación Psico.- educativa

Tiempo establecido: 5 minutos al finalizar la consulta intramural y extramural.

Responsables: Profesionales de cada área de la unidad.

Medios de Verificación: Firma de asistencia, evidencia fotográfica,

Indicador: cumplimiento de las actividades.

### **Sesión Núm. 3.**

#### **Difusión de videos educativos en salas de espera de la consulta externa.**

##### Objetivo

- Captar la atención de la población asistente a la unidad con un método innovador, sencillo, moderno y práctico.

##### Actividades:

- Instalación de videos educativos en las salas de espera de la institución, una vez por semana, durante las horas laborables.

Los videos hacen énfasis a los riesgos que tiene el consumo de tabaco de primera y segunda mano. Tiene una duración de 30 segundos, donde se brinda la información en caso de requerir ayuda para deshabituación.

Tiempo establecido: 8 horas al día, una vez por semana.

Responsables: Auxiliar administrativo.

Medios de Verificación: evidencia fotográfica,

Indicador: La actividad cumplida.

### **Sesión Núm. 4.**

#### **Visitas domiciliarias al entorno del paciente con consumo de tabaco.**

##### Objetivo

Educar a la familia sobre el consumo de tabaco de segunda mano.

Actividades:

- Control y seguimiento de la adherencia terapéutica
- Educar a la familia sobre el consumo de tabaco de segunda mano.
- Conocer los factores de riesgo y protectores del hábito.
- Identificar la población de riesgo dentro del núcleo familiar como consumidores de segunda y tercera mano.

Las visitas domiciliarias serán ejecutadas por los equipos EAIS (Equipo de atención Integral de salud), de cada sector correspondiente a la unidad operativa. Esta actividad se deberá realizar al menos 2 veces al mes, durante la ejecución del proyecto.

El registro se llevará a cabo mediante la ficha familiar, la misma que reposa en el área de estadística de la institución. Cada visita llevará un tiempo estimado de 2 horas, para la evaluación del paciente y su familia.

Tiempo establecido: dos horas por cada visita durante los 6 meses de proyecto.

Responsables: Grupo EAIS.

Medios de Verificación: evidencia fotográfica, ficha familiar, firma, RDCA.

Indicador: La actividad cumplida.

## **Sesión Núm. 5.**

### **Manejo individualizado del paciente fumador.**

#### Objetivo

- Averiguar factores de riesgos y protectores de cada paciente.

- Orientar en los riesgos que causa el tabaco en su cuerpo, y además relacionando con las posibles enfermedades crónicas del paciente.
- Acordar metas a corto y largo plazo, para el proceso de deshabitación tabáquica.
- Trabajo con grupos de autoayuda.

Durante esta actividad, que puede llevarse a cabo tanto en la consulta externa de la unidad., como en la comunidad. Se les realizará la atención durante los dos primeros meses del proyecto.

Además se hará seguimiento telefónico semanal, para conocer efectos adversos, recaídas, adherencia al tratamiento y necesidad de una consulta inmediata en la unidad operativa.

Tras la valoración del profesional de salud, y en caso de ser necesario y tomando en cuenta la evolución del proceso de deshabitación, se procederá a realizar la derivación a segundo nivel.

Tiempo establecido: En el primer mes, una consulta cada 15 días y una atención mensual. Cabe mencionar que la frecuencia varía en dependencia del tipo de fumador.

Responsables: Médico y Psicólogo

Medios de Verificación: RDACA, evidencia fotográfica, Historia clínica única.

Indicador: 100% de las actividades realizadas

## **Sesión Núm. 6.**

### **Trabajo con grupos de autoayuda.**

## Objetivo

Apoyar basándose en la experiencia y objetivos comunes del grupo, el abandono del hábito tóxico.

Actividades:

- Capacitación Psico educativa grupal.
- Motivación en proyectos de interés, que propicien actitudes de rechazo al consumo de tabaco (familia, estudios, trabajo, salud, etc.)
- Lectura comentada con discusión de casos problemas, para resolución en base a experiencias.
- Experiencia de población ex fumadora en mesa redonda, para motivar la cesación del hábito y evitar recaídas.
- Simposio de expertos en deshabituación tabáquica
- Convivencia en actividades recreativas con otros participantes.

Todas las actividades grupales, deberán realizarse a partir de la segunda semana del programa de intervención. Se utilizarán diferentes ámbitos de reunión, con una duración de una hora por cada actividad.

El simposio denominado “El tabaco es una amenaza para todos”, se llevará vía virtual, tendrá un tiempo de duración de dos horas, y contará con la participación de expertos en el tema.

## **Sesión Núm. 7.**

### **Cierre de la sesión**

## Objetivo

Crear un espacio de relación y encuentro con todos los que participaron en las actividades.

## Actividades

Reunión donde se entregue un obsequio simbólico por su participación y constancia.

Tiempo establecido: 1 hora.

Responsables: Equipo multi disciplinario

Medios de Verificación: evidencia fotográfica.

Indicador: actividad realizada.

## **Apéndice 6. Material de apoyo para el personal médico**

### **Estrategia de la 5 “A” para dejar de fumar**

Recordemos que la adicción al tabaco es tanto física como psicológica y es por esto que en esta sección se presentan estrategias específicas para ayudar al personal sanitario de primer nivel de atención (médicos, enfermería, odontólogos, nutricionistas, etc.), a proporcionar intervenciones breves, teniendo presente que cualquier intervención por breve que sea refleja mayor satisfacción en los pacientes y por ende mejores resultados en el objetivo planteado. Además es importante saber que toda actividad anti tabáquica es costo – efectiva y se debe garantizar que la población reciba información en alguna visita a la unidad de salud.

Tome en consideración que las intervenciones deben realizarse de acuerdo al momento en que se encuentre de paciente. Es decir que aquellos que se encuentren en intentos o dispuestos al cese tendrán otro tipo de intervención más individualizada; no así en aquellos que no estén dispuestos a dejar el hábito, en los que las estrategias serán encaminadas a concientizar y sensibilizar sobre los efectos nocivos del tabaco para un futuro intento de cesación.

La estrategia de las 5 A es una estrategia de la atención primaria que puede ser aplicada para casi todo proyecto de cambio hacia estilos de vida saludables. Esta estrategia ha sido aplicada en muchos otros países con excelentes resultados y este folleto que le presentamos recopila algunas de las actividades de otras guías y programas. Estas estrategias que se pueden realizar con todos los pacientes, se describe 5 momentos y le invitamos a ponerlos en práctica en su consulta diaria.

**Averiguar**

**Aconsejar**

**Apreciar**

**Ayudar**

## **Acordar**

### **Paso 1: preguntar**

**¿Usted fuma?**                    **No.** Felicitarlo y animarlo a seguir así

**Si.** Es ex fumador (aquel que no fuma hace más de 1 año), animarlo a mantenerse así.

**Si.** Fumador, (que ha fumado al menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses). En caso de ser fumador usted debe:

Realizar el cuestionario C4 y clasificar a su paciente.

Preguntarle acerca de los conocimientos previos sobre el consumo de tabaco y de los riesgos a los que se expone. Además indague sobre los beneficios de la deshabituación.

Solicítele autorización para hablarle sobre los riesgos de continuar fumando y los beneficios de dejar de fumar.

### **Paso 2: asesorar**

Si la puntuación del Cuestionario C4 (anexo 4), de dependencia a la nicotina es elevado, debe indicarle a su paciente y asociarlo a un problema de salud, bríndele información relevante adaptando a los conocimientos previos.

Si el paciente tiene una comorbilidad, señale los efectos del tabaco sobre esta y los beneficios ante el cese. La asesoría brindada debe ser clara, efectiva e individualizada. A su vez le proponemos entregar material de lectura o guías anticipatorias que refuercen este paso de intervención. Anexo 7,

Podemos ejemplificar lo dicho:

El tabaco contiene miles de productos tóxicos, entre ellos la nicotina, que es la sustancia adictiva en el tabaco, pero además posee otras que son potencialmente cancerígenas.

El consumo de tabaco genera muchas enfermedades y es agravante para otras ya existentes. Las enfermedades desarrolladas a partir del tabaco son causa de muerte prematura de la población en general.

Existe la posibilidad de dejar este hábito y reducir las consecuencias en su organismo, nunca es tarde para iniciar con la deshabituación, y un grupo multi disciplinario le puede proporcionar ayuda.

Los beneficios de dejar de fumar se pueden evidenciar a partir del mismo día de no consumir, tanto para su sistema respiratorio, circulatorio, así como la higiene bucal entre otros. Al transcurrir los días sentirá que sus órganos de los sentidos mejoran sustancialmente y las actividades cotidianas de esfuerzo se hacen con mayor facilidad. Al llegar al mes la mejoría se evidenciará para todos los aparatos y sistemas de su organismo. Al llegar a la deshabituación, es decir al año de no fumar, los riesgos de cáncer se verán disminuidos.

### **Paso 3: evaluar**

El paso 3, sirve para evaluar la motivación del paciente al cambio, pregunte qué tan importante es esto para él en este momento y que tan seguro se siente de iniciar un proceso de deshabituación. Ante la respuesta es negativa, no se desaliente, respete sin cuestionar la decisión del paciente y bríndele la ayuda a futuro.

### **Paso 4: ayuda (a)**

Este paso es de acción, pues deberá brindar ayuda y orientación al paciente en busca de que evalúe los pros y los contras de eliminar el tabaco de su vida de fumar su perspectiva es valiosa pero también ofrecerle conocer la importancia al cambio reforzando los beneficios del cambio.

Si el paciente refiere estar listo para iniciar un programa de deshabituación, ayúdele y refuerce su decisión por pequeño que sea el cambio, coordine con él las actividades a realizarse e infórmele los especialistas que lo acompañarán en el proceso.

En caso de ser necesario infórmele que amerita referencia para atención por psicología de la unidad o a segundo nivel por otro tipo de tratamiento, pero además señale que seguirá contando con la ayuda del personal para el seguimiento.

### **Paso 4: ayuda (b)**

En esta etapa debe ayudar al paciente a crear un plan para iniciar el cambio, al ritmo del paciente en busca de mantener la decisión en firme. La manera de reducir el hábito puede ser paulatina, lo importante es esforzarse en un objetivo, para ello es fundamental tener y cumplir con tiempos y metas. Por tal motivo debe ayudarlo a establecer fechas, lo que se propone es de unas 2 a 3 semanas antes de no fumar nunca más.

Para que sea de tanto apoyo al paciente como para usted, debe solicitarle que acuda con alguien que lo apoye, puede ser familiar, amigo, pareja, compañero de trabajo u otro paciente que también desee dejar de fumar.

Puede ser adecuado que lo incluya en grupos de autoayuda, esto servirá de motivación.

#### **Paso 5: organizar**

Para este último paso debe organizar la continuidad del proceso registrando la atención médica y evaluando el progreso durante la próxima visita.

Si es posible organice junto con el paciente o su contacto las visitas de seguimiento o las actividades que le pueden servir de apoyo como mensajes, correos electrónicos entre otros. Se propone realizar una visita semanal durante las tres primeras semanas, ya que se ha evidenciado que es aquí donde se producen con mayor frecuencia las recaídas.

Reitere su compromiso y la del personal de salud para proporcionar más información y apoyo, tanto para aquellos que intentan dejar de fumar ahora y para aquellos que decidan cambiar en el futuro.

#### **Etapas del cambio**

El personal sanitario debe conocer las diferentes etapas del cambio, esto le ayudará a entender al paciente en el proceso.

**Pre-contemplación:** Se define como la etapa en la que el paciente no está pensando seriamente en cambiar su comportamiento problemático durante los próximos seis

meses. Por lo general no son conscientes de los riesgos de su conducta y por lo tanto evaden los riesgos sin tomar medidas correctivas.

**Contemplación:** Aquí ya se piensa en iniciar un cambio en los próximos seis meses, ya que empiezan a ser conscientes de los efectos positivos del cambio aunque no están listos y por lo tanto ameritan ayuda.

**Preparación:** En esta etapa se planifica de manera activa las acciones para el próximo mes, pues se ve la posibilidad de hacer cambios.

**Acción:** El período de acción ya genera un cambio de los comportamientos inadecuados, lo que amerita un reforzamiento de los beneficios a alcanzar para llegar a la etapa del mantenimiento, evitando recaídas.

**Mantenimiento:** Significa alcanzar un tiempo de al menos seis meses con el nuevo comportamiento.

**Terminación** Se define a la etapa final cuya situación del paciente es estable y no se encuentra en riesgos de recaídas.

### **Material de apoyo para el paciente**

En esta sección te brindamos algunas sugerencias que te servirán de apoyo en tu proceso de deshabituación, por lo tanto es importante que realices algunas actividades enfocadas a conocer y registrar tu hábito, con lo cual podrás observar los avances logrados en las consultas posteriores.

#### **Primera semana: Inicio de la cesación tabáquica**

Conoce tu nivel de consumo de tabaco, pues es diferente en cada persona y eso determinará algunas acciones que puedes realizar en conjunto con tu equipo médico de apoyo, para alcanzar las metas propuestas. Es así que te proponemos realices un registro con el número de tabacos fumados, la hora en día y las circunstancias hacen que fumes. Te sugerimos fotocopiar esta cartilla con la finalidad de poder usarla en las semanas del proceso, inclusive puedes colocarla la cara externa de la caja de cigarrillos para hacer más fácil su registro.

	L	M	M	J	V	S	D	Motivo
Hora								
05:00 - 07:00								
07:00 - 09:00								
09:00 - 11:00								
10:00 - 12:00								
12:00 - 14:00								
14:00 - 16:00								
16:00 - 18:00								
18:00 - 20:00								
20:00 - 22:00								
22:00 - 24:00								
Total								

Inclusive te proponemos un registro semanal para ser evaluado conforme lo consumido.

>90							
80							
70							
60							
50							
40							
30							
20							
10							
1							
	1	2	3	4	5	6	7

semanas

### Segunda semana

Se inicia la reducción del consumo, para ello es importante que detalles las razones por las que desea hacerlo. Para ello te proponemos que realices una lista, la siguiente tabla te puede servir de base. Además de revisar las situaciones que hacen que consumas tabaco y análisis de las lecturas de las guías que se te han proporcionado.

**Mis razones para dejar de fumar**

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

**Tercera Semana**

Ahora, que ya conoces cuanto es tu nivel de consumo, debes proponerte la reducción de cierta cantidad de tabacos al día, es una decisión que debes conversar con tu equipo de salud, pero te proponemos una reducción de al menos tres al día. Para poder llevar un registro de lo efectuado en la gráfica te brindamos la herramienta que servirá para registrarlos.

Consumo de la semana anterior / Cuanto debes reducir

30	27
26	23
22	19
18	15
14	11
10	7
6	3
2	1

**Recomendaciones para no fumar:**

Algunas de estas recomendaciones que serán tareas en casa, te serán de utilidad a la hora de empezar con la reducción de consumo.

- Si quieres fumar retrasa el encender el tabaco al menos 10 minutos, esto ayudará a tu mente a pensar dos veces y vencer la “necesidad”.
- Frecuenta lugares públicos donde no esté permitido el consumo de tabaco, esto lo hará más difícil.
- Si ya prendiste el cigarrillo, fuma con la mano izquierda si eres diestro o la derecha si eres zurdo, esto lo hará menos placentero.

- Si quieres fumar ten a la mano y masticar chicles sin azúcar.
- Cepilla tus dientes si es que deseas fumar antes de ir a dormir.
- Si quieres fumar, aunque no lo recomendamos puedes hacerlo de otra marca, la que no te guste, verás que el hábito disminuirá su placer.
- Si ya no venciste a la tentación y prendiste un cigarrillo, solo fuma la mitad.
- Si quieres fumar, antes de hacerlo por 2 minutos mira la imagen que se encuentra en la portada de la cajetilla de cigarrillo que estás consumiendo.
- Si tienes el deseo de fumar, llama a un amigo, familiar, compañero o profesional del equipo de salud que te esté apoyando en la deshabituación.
- Si quieres comprar cigarrillo, te proponemos tener una alcancía y colocar el dinero que estás pensando en gastar.
- En la siguiente lista te señalamos algunas tareas que debes hacer, conjuntamente con tu persona de apoyo o el profesional de salud, debes escoger cuál es de tu preferencia:
  - Correr antes de fumar.
  - Leer un capítulo de un libro
  - No podrás fumar después de comer
  - No podrás fumar antes de dormir.
  - No podrás fumar en la mañana.
  - No puedes fumar si estás bebiendo te, café o licor.
  - Establece las razones por las que quieres fumar un determinado tabaco en el día.

Te planteamos que escribas alternativas que te ayuden a dejar aquel cigarrillo, las que sean de tu agrado:

- 1 .....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

### **Cuarta semana**

Por fin deberás observar que lo trabajado dará sus frutos, pues debes pensar como un NO FUMADOR, pero la buena noticia es que tus necesidades y niveles de nicotina han disminuido todo este tiempo, tal vez creas que no lo puedes lograr pero te brindamos algunas ideas para poder verificar que sí. Elige cinco de las siguientes situaciones para hacerlas en esta semana.

#### ***¡Ya no fumaras más !***

- Elimina las cajetillas, cerillos de casa.
- Bota los ceniceros de tu casa.
- Evita las situaciones que has evidenciado son la causa de que fumes.
- Aléjate de lugares y personas que fumen a tu alrededor.
- Cambia el deseo de fumar por otras actividades, de las que has realizado en las semanas anteriores.
- Sigue con tu plan de ahorro, con el dinero que invertías en el hábito.
- Acude a un club de deportes en el tiempo libre.
- Coloca en una fecha en el calendario que esté a simple vista este gran día para que sirva de motivación.
- No te rindas.
- Si alguien te ofrece un cigarrillo contesta.... NO GRACIAS YO NO FUMO.
- LA SEMANA NO SERÁ FACIL, pero te proponemos algunas actividades en gráficas para que te motives

### **Quinta semana**

El objetivo se ha alcanzado, pero la batalla no está ganada, ahora ya eres una persona que no fuma, pero aún no un exfumador. La lucha por no tener recaídas será el objetivo desde ahora en adelante. Debes trabajar a diario para evitar por el día de hoy volver a consumir.

Seguro que has visto las ventajas de no fumar, trabaja y has hincapié en ellas tu cuerpo y mente lo agradecerán.

El equipo de atención médica de la unidad está listo para continuar tu proceso de control.

Durante esta semana trabajarás en conceptos de recaídas, como evitar situaciones que puedan hacer que fumes, verificar nivel de ansiedad, consecuencias positivas y negativas del cambio.

**¿Qué pasa si sufres una recaída?** Puede ser un evento que indudablemente no queremos, pero puede suceder. Es por eso que debe servir para ver el error y anticiparse a la nueva habituación en el hábito que te costó superar. Pide ayuda nuevamente, pues no todo está perdido, los logros que hasta el momento se han alcanzado no pueden borrarse por volver a fumar 1 cigarrillo, por eso es importante que tras la recaída, es decir el consumo de tan solo 1 cigarrillo busques la ayuda profesional nuevamente.

#### **¿Cómo evitar las recaídas?**

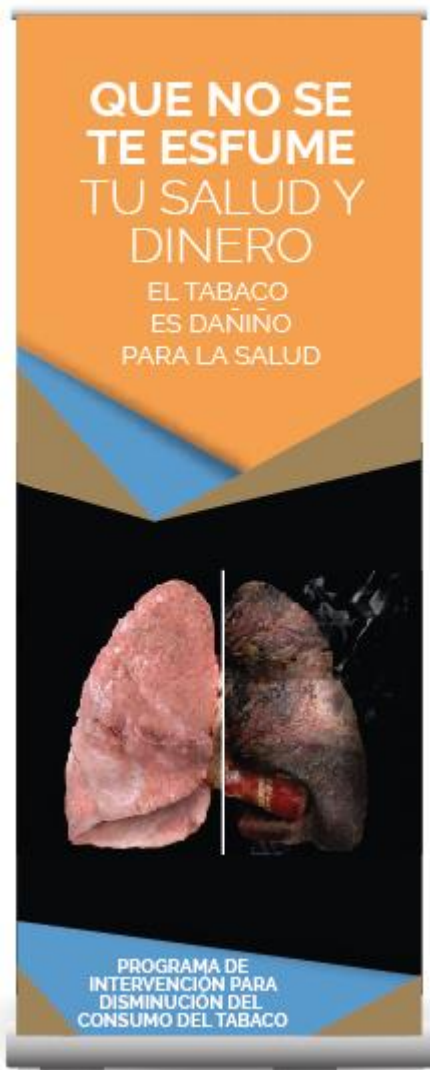
Las principales situaciones que pueden hacer que tengas una recaída son las siguientes:

- Acontecimientos estresantes.
- Eventos o festejos (evítalos en lo posible si no estás seguro de poder rechazar el consumo aún)
- Estar rodeado de personas que fumen como familiares, colegas, pareja. Por eso es importante que sepan de tu compromiso de deshabituación al tabaco para sean un apoyo.
- Evita recibir cigarrillo por cordialidad, eso no existe en los que quieren dejar de fumar, diles que no fumas a todos.

#### **¿Qué hacer si no alcanzas las metas planteadas?**

Debes saber que existen otras medidas como terapia sustitutiva te ayudará a vencer el hábito. El médico de atención primaria te brindará la asesoría y te referirá a

otro especialista de medicina interna que te medicará para continuar con el proceso. No lo olvides, el equipo de salud seguirá apoyándote y dando seguimiento a tu caso.

**Apéndice 6. Banners sobre el consumo de tabaco**

**DEJAR DE FUMAR**

**SI**

**SE PUEDE**

EL TABACO PASIVO  
ES IGUAL DE PERJUDICIAL  
QUE EL ACTIVO



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO**

**PROHÍBELE TOMAR EL CONTROL DE TU VIDA**

EL TABACO PRODUCE  
ENVEJECIMIENTO PREMATURO  
ENVEJECIMIENTO PREMATURO  
Y CÁNCER A LA PIEL



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO**



### Apéndice 9. Evidencia fotográfica





Universidad Técnica Particular de Loja

MEDIO DE VERIFICACIÓN DE SOCIALIZACIÓN

Tema: Socialización del Programa para disminución del consumo de tabaco

Fecha: 19/03/2021

Responsable: Md. Elizabeth Astudillo R. (Postgradista Esp. Medicina Familiar y Comunitaria)

Nº	Nombre	CI	Área de trabajo	Firma
1	Yonno Weimel Aguila	0701661555	Farmacología	[Firma]
2	Narciso Gallego	0707241555	Estomatología	[Firma]
3	Alfredo Orellana	0702206552	Estomatología	[Firma]
4	Esteban Maza	0709246759	Estomatología	[Firma]
5	Jenny Camacho	0803170174	UTPA	[Firma]
6	Juan Cruz	0914837964	UTPA	[Firma]
7	Ingrid Toranzo	070626396-9	Emergencias	[Firma]
8	Johanna Tello	0705463339	Emergencias	[Firma]
9	Susana Fajardo	0701912214	D.O.S	[Firma]
10	Mania Coronado	0703391242	Nutrición	[Firma]
11	Juan Piedra	0105043409	Medicina	[Firma]
12	Araceli Riquelme	0702334500	Procedimientos	[Firma]
13	Laura Maza	0701172744	Auxiliar de adm.	[Firma]
14	Nathaly Espinoza	070761685	Consulta externa	[Firma]
15	Martina Yajaira	0918631320	Medicina familiar	[Firma]
16	Marcos Barba	091442575-6	Enfermería	[Firma]
17	Javier Bernad	0703835538	Enfermería	[Firma]
18	Florencia Bernad V	0705040822	Consulta externa	[Firma]
19	Maryuri Ramirez	0704541796	Comunidad	[Firma]
20	María Camacho S	070369579-1	Procedimientos	[Firma]