

**CENTRO UNIVERSITARIO DE SANCTI SPÍRITUS
JOSÉ MARTÍ PÉREZ**

**Estrategia educativa para elevar los
conocimientos y la percepción del riesgo
del hábito de fumar en el Área Centro del
municipio Sancti Spíritus.**

**Tesis Presentada en Opción al Grado Académico de
Master en Ciencias de la Educación**

Autor: Lic. Esther Oria Barreto

Tutor: Dr. C. Emilio Carpio Muñoz.

Dr. C. Miguel Salba Quesada

“Nadie, ni persona, ni organización, ni gobierno alguno puede detener por sí solo esta epidemia. Para lograr un control integral del tabaco necesitaremos movilizar una amplia base popular de apoyo. Cuando todos los sectores de la sociedad unan sus esfuerzos a los de la OMS y todos estemos ‘Unidos en pro de un mundo libre de tabaco’, la epidemia tabáquica quedará finalmente derrotada”.

Dr. Hiroshi Nakajima
Ex-Director General OMS

Dedicatoria

**A mis hijos, que son mi mayor tesoro,
A mi esposo, que ha sido ejemplo de compañero, padre, trabajador,
internacionalista.
A mi madre por ser guía en todos los momentos de mi vida.**

Agradecimientos

- A mis Tutores, Dr. Emilio Carpio y Dr. Miguel Salvá, por su dedicación y ayuda incondicional.
- A mi amigo Yariel que con tanto amor, paciencia y dedicación me ayudó a la realización de este proyecto.
- A mi familia, mis tres hijos que han colaborado con su apoyo incondicional.
- A mi esposo, que aun estando cumpliendo Misión Internacionalista, me ha dado la fuerza para seguir adelante en los momentos de flaqueza.
- A mi mamá, mis hermanos y mi cuñado Daniel por su ayuda en todo momento.
- A mis amigos Bertho, Silvia, Tere, Martha y Riselda.
- En fin, a todos los que colaboraron de una forma u otra en la realización de este trabajo mi mayor agradecimiento.

Resumen

El consumo del tabaco es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, su consumo es factor de riesgo de múltiples enfermedades y se encuentran diseminados por todo el planeta. Actualmente en Cuba existe un programa especial de atención y prevención ante el tabaquismo. Los resultados a pesar de elevar los conocimientos sobre los efectos del consumo de estas sustancias, no han disminuido la cantidad y persistencia de los consumidores, lo que muestra un bajo conocimiento y percepción del riesgo. En el Área Centro del municipio Sancti Spíritus, los efectos de esta situación son el principal factor de riesgo de salud, para lo cual se propuso el diseño de una estrategia educativa para elevar el conocimiento y la percepción del riesgo del hábito de fumar. Esta estrategia se centra en la utilización de los modelos participativos y la integración de los diferentes agentes de la comunidad bajo un modelo de Información, Educación y Comunicación (IEC). La propuesta es validada por corroboración de expertos con el método Delphy que concluye que la propuesta es factible y aplicable dado su correspondencia entre los objetivos y las acciones propuestas.

Índice

Resumen.

Introducción.	-8
Capítulo # 1: Principales fundamentos teóricos sobre el tabaquismo y sus impactos en la salud humana. La necesidad de elear el conocimiento y la percepción del riesgo.	-15
1.1 El hábito de fumar; sus riesgos y consecuencias.	-16
1.1.1- Las consecuencias directas del consumo sobre la salud en el ser humano.	-18
1.2 El Tabaquismo como un problema complejo de origen multicausal. Una realidad en el mundo.	-21
1.3 La Promoción y Educación para la Salud. Su papel en la prevención del tabaquismo.	-24
1.3.1- El centro de Educación para la Salud. Su misión educativa.	-28
1.3.2- Las acciones educativas y su organización en el tratamiento del tabaquismo como problema de salud.	-32
Capítulo # 2: La forma de llegar a un resultado, la estructura metodológica.	-36
2.1 Breve descripción de la estrategia metodológica utilizada.	-36
2.2 – La Población del estudio.	-37
2.3- La selección de la muestra.	-39
2.4- Métodos utilizados.	-41
2.5- Análisis y discusión de los resultados del diagnóstico.	-45
2.6- A modo de conclusiones parciales.	-48

Capítulo # 3: Propuesta de Estrategia educativa para elevar el
conocimiento y la percepción del riesgo del hábito
de fumar en la población mayor de 15 años del
Área Centro del municipio Sancti Spíritus. -50

Conclusiones. -72

Recomendaciones. -73

Bibliografía. -74

Anexos.- 79

INTRODUCCIÓN:

El tabaquismo, es la causa número uno de muertes y enfermedades que se podrían prevenir, por lo que se considera un grave problema de salud pública de escala mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) , en 1999 moría una persona cada 8 segundos por causas atribuibles al tabaquismo y entre el 2005 y 2020 morirá una persona cada 3 segundos por esta causa. En este sentido la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han declarado programas y campañas que posibiliten la orientación ante este hábito.

Según los últimos informes, cientos de miles de personas mueren anualmente de forma prematura debido al tabaco. La exposición al humo de los cigarrillos fumados por otra gente y otros productos del tabaco, producen al año la muerte de miles de personas que no fuman. Pese a estas estadísticas y a numerosos avisos sobre los peligros de fumar, millones de adultos y adolescentes siguen fumando. De todos modos se están haciendo progresos y cada día son más las personas que dejan de fumar (MINSAP, 2006).

La nicotina, uno de los ingredientes principales del tabaco, es un poderoso estimulante. Al cabo de unos segundos de inhalar una bocanada de humo, el fumador recibe una poderosa dosis de este componente en el cerebro. Esto hace que las glándulas adrenales viertan en la sangre adrenalina, lo cual acelera el ritmo cardiaco y aumenta la presión sanguínea. La nicotina está considerada como una de las sustancias más adictivas, incluso superior que algunas drogas ilegales.

Los dañinos efectos de la nicotina incluyen: Aumento del nivel de monóxido de carbono en la sangre y reducción de la cantidad de oxígeno disponible para el cerebro y otros órganos, menopausia prematura y mayor riesgo de osteoporosis en mujeres mayores, envejecimiento prematuro de la piel en mujeres, mayor

riesgo de abortos, muerte súbita del bebé entre otros. Estas afectaciones han dado al tema una importancia capital en el tratamiento de la salud a nivel mundial.

En el tratamiento del tema a nivel internacional, en el año 1978, se define en Alma Ata, la estrategia de la OMS de "Salud para todos en el año 2000", donde se introduce el concepto de Promoción de Salud asociado a la Educación para la Salud. Los principios de esta estrategia son definidos en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud que se efectuó en Ottawa, Canadá, en noviembre de 1986. Este tratamiento obedece a los efectos que el consumo de estas sustancias ha tenido en la población. A pesar de la diferencia de consumo en los estados y regiones, los efectos son similares por lo que el tratamiento se ha ido generalizando y a pesar de ser una de las drogas reconocidas como legales, se han diseñado múltiples sistemas de tratamiento.

En el caso de Cuba, no es hasta el triunfo del 1ro. de Enero de 1959 que comienzan a desarrollarse acciones planificadas de Educación para la Salud. Cabe enfatizar, que las primeras acciones se desarrollaron sin una fundamentación teórica y sí impulsados por el dinamismo y las transformaciones sociales que una revolución triunfante impone (Vegal & Torres, 2001). Pero marca sin dudas el inicio de un sistema de salud consolidado y centrado en la promoción de salud como eslabón básico de prevención y trabajo educativo que ha caracterizado el desarrollo del país.

En el año 1984 por Resolución Ministerial del 17 de julio se crea el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud y se adscribe al área de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública. Este centro tiene como antecedente la Dirección Nacional de Educación para la Salud, y como función principal establece las normas metodológicas para el trabajo de Promoción y Educación para la Salud y la divulgación estatal. Los medios de comunicación social han constituido un instrumento especialmente útil en el desarrollo de

acciones de Promoción y Educación para la Salud, creando un clima de concientización y opinión propicio para el cambio.

Dentro de los problemas que con mayor incidencia se han trabajado desde este centro, están los relacionados con la concientización de los factores de riesgo que afectan la salud del ser humano. Uno de ellos es el Tabaquismo que es responsable en la aparición de muchas enfermedades crónicas no transmisibles que ocupan los primeros lugares en el cuadro de morbilidad y mortalidad de Cuba y constituyen un problema real de salud que afecta a 32% de la población cubana de manera activa y al resto de forma pasiva (Varona et al, 2000).

En los últimos años constituye una preocupación en materia de salud el tabaquismo y especialmente el hábito de fumar, por lo que es una dirección del Ministerio de Salud prioritaria en Cuba, dada las consecuencias que ha tenido en la población cubana, convirtiéndose en una de las primeras causas de muerte dado su relación con enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y enfermedades cerebro vasculares.

Cuba es uno de los países donde la situación del tabaquismo es grave. Las enfermedades relacionadas con este hábito presentan un elevado riesgo en la población y por consiguiente, se requiere prioritaria atención al problema, para lograr disminuir la morbilidad y mortalidad.

En 1988 se implementa el Primer Programa, con alcance nacional y carácter permanente, que es reformulado en 1995 y en el 2001, este es jerarquizado por el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud e involucra a un número importante de organismos y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Para llevar a efecto el programa se constituyó la Comisión Nacional, que la constituye diversos sectores y diferentes disciplinas de la salud.

Teniendo en cuenta esta problemática en Sancti Spíritus en el año 2005, los tumores malignos ocuparon el segundo lugar en las causas de muerte, de un total de 862 defunciones por enfermedades no transmisibles, 245 fueron diagnosticados como cáncer de pulmón, lo que representa el 28%. No hay reducción de la mortalidad por cáncer ya que las principales causas que podrían producir el impacto continúan en los primeros lugares, el tabaco es el responsable del 90% de las muertes por cáncer de pulmón, siendo la primera causa de muerte por cáncer, le sigue el cáncer de próstata y colon y luego los tumores de mama y cuello de útero.

En el área de salud centro del municipio Sancti Spíritus no se han desarrollado investigaciones anteriores en el tema para sustentar las acciones que se desarrollan, de ahí que teniendo en cuenta la prevalencia del consumo a pesar de las acciones diseñadas en los programas rectores de salud se plantea la necesidad de diseñar nuevas estrategias de influencia que llevaron a plantear como:

PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cómo elevar los conocimientos y la percepción del riesgo sobre el hábito de fumar en la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus?

OBJETO DE INVESTIGACIÓN.

La Educación para la salud del área centro del municipio de Sancti Spíritus.

CAMPO DE ACCIÓN.

El conocimiento y la percepción de riesgo del hábito de fumar en la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus.

OBJETIVO.

Proponer una Estrategia Educativa que contribuya a elevar los conocimientos y la percepción del riesgo del hábito de fumar en la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus.

HIPÓTESIS:

La Estrategia Educativa propuesta contribuye a elevar los conocimientos y la percepción del riesgo del hábito de fumar en la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus.

TAREAS CIENTÍFICAS:

1. Determinación de los fundamentos teóricos y metodológicos desde los puntos de vista filosóficos, psicológicos y pedagógicos que sustentan la estrategia para incrementar los conocimientos y la percepción del riesgo del hábito de fumar de la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus.
2. Diagnóstico del nivel de conocimientos y de la percepción del riesgo del hábito de fumar de la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus.
3. Elaboración de una estrategia educativa encaminada a elevar los conocimientos y la percepción del riesgo del hábito de fumar de la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus.
4. Validación de la estrategia utilizando: El Criterio de Expertos.

Para el desarrollo de la investigación se emplearon los Métodos del nivel teórico y empírico siguiendo los criterios de clasificación del Dr. Gastón Pérez.

El enfoque general de la tesis es el Materialismo Dialéctico para el análisis de la relación entre los componentes, el estudio de las relaciones causa-efecto, el histórico lógico que se realiza con el objeto de estudio y la manifestación de los cambios cualitativos y cuantitativos en la elevación de los conocimientos.

Se emplearán Métodos Empíricos como la Encuesta, Entrevistas, Observación Participante con el objetivo de obtener información y estudiar el comportamiento de las variables en la muestra del área seleccionada, para validar la propuesta en las condiciones de la comunidad.

Dentro de los métodos estadísticos se utilizaron fundamentalmente procedimientos de la estadística descriptiva como el uso de la frecuencia absoluta, porcentual y la elaboración de histograma de frecuencia como vía para procesar y presentar los resultados obtenidos en el proceso investigativo.

APORTE PRÁCTICO:

La elaboración de una estrategia educativa para elevar los conocimientos y percepción de riesgo del hábito de fumar de la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus. Una vez que aumenten los conocimientos y la percepción de riesgo es muy probable que disminuya la prevalencia del hábito de fumar en esta población y con ello mejoren los indicadores de salud de la misma.

NOVEDAD CIENTÍFICA:

Aporta una sistematización de la bibliografía actualizada acerca del hábito de fumar y la efectividad de la estrategia educativa en la incorporación de conocimientos y cambios de comportamiento de la población fumadora y diseña una estrategia educativa teniendo en cuenta la nueva concepción de las

Policlínicas Docentes y de la Familia en nuestro sistema de salud así como los problemas y necesidades reales de la población mayor de 15 años del área de salud estudiada.

La estrategia educativa permite contar con un instrumento de gran utilidad para integrar las acciones de salud en el tema, por lo que sustenta un sueño de integración declarado en el principio de salud para todos de la constitución, asumiendo la interdisciplinariedad y la participación como sustentos del trabajo en la comunidad. Esto la convierte en una propuesta acorde con las actuales necesidades de una salud comunitaria y familiar.

UNIVERSO:

Toda la población mayor de 15 años del área centro del municipio de Sancti Spíritus.

MUESTRA:

Se seleccionaron los consultorios 3, 5 y 6 del área de estudio por ser éstos los de mayor prevalencia en el hábito de fumar, seleccionando en ellos la muestra utilizando un muestreo probabilístico por estratos.

La tesis consta de introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones y anexos. El capítulo 1: aborda la fundamentación teórica, científica y metodológica del problema de investigación. El capítulo 2 describe el diseño metodológico de la investigación y los resultados y el capítulo 3, el diseño de la Estrategia Educativa.

El principal aporte de la tesis radica en que se le proporciona a la población del área de salud y directivos de ésta, una **Estrategia Educativa** que contribuya a elevar los conocimientos y la percepción del riesgo del hábito de fumar en la población estudiada.

Capítulo # 1: Principales fundamentos teóricos sobre el tabaquismo y sus impactos en la salud humana. La necesidad de elevar la percepción del riesgo.

De todos los problemas emergentes de salud pública, el tabaquismo ocupa un lugar especial. Se trata de una adicción que durante mucho tiempo fue socialmente tolerada. Hoy, sin embargo hay evidencia científica que demuestra los graves daños a la salud que produce, no sólo a quienes fuman, sino también a aquellos que en forma involuntaria se ven expuestos al humo del tabaco (Secretaría de Salud de México, 2001). Esta compleja realidad requiere en Cuba de un especial tratamiento por parte de las organizaciones de salud y el Estado en general si se quiere consolidar un sistema de salud donde la tarea más importante está en la prevención de las enfermedades.

Como lo afirma la doctora Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es responsable de muchas muertes en todo el mundo. El mayor costo del tabaco es el que se paga en forma de enfermedades, sufrimiento y aflicción familiar. La salud y no los argumentos económicos, es la razón para controlar el tabaco, pero los argumentos económicos han sido utilizados como obstáculos para las políticas de control del tabaco.

La visión integral de este panorama, nos exige no sólo reflexionar acerca de lo que significa la epidemia del tabaquismo, sino además el impacto económico y social que representa y así emprender con mayor energía, con un profundo sentido ético y un compromiso inquebrantable en el ámbito nacional y el marco global las políticas, estrategias y acciones que logren enfrentar con éxito esta pandemia (Rubio y Camacho, 2001, citado Informe de la Secretaría de Salud de México 2001).

A pesar de que la sociedad está cada vez mejor informada, importantes estudios desarrollados por la OMS en el 2001 muestran que los índices de consumo se incrementan, especialmente entre adolescentes y mujeres, quienes, alentados por las técnicas de mercadeo de las tabacaleras, fuman como símbolo de rebeldía, afirmación de personalidad, libertad o integración social.

1.1 El hábito de fumar: sus riesgos y consecuencias.

El hábito de fumar comenzó en América, donde en las tribus americanas constituía un elemento ritual. La llegada de los españoles trajo consigo la difusión del hábito en el mundo un par de siglos después, como una costumbre socialmente aceptada entre los hombres. Las culturas del continente americano usaban el tabaco con fines religiosos, medicinales y ceremoniales. Los indígenas del Caribe, fumaban valiéndose de una caña en forma de pipa llamado tobago.

Cuando los colonizadores observaron esta práctica, muchos de ellos la adoptaron despojándola del aspecto ritual, iniciando su consumo con fines de esparcimiento y difundiéndolo por Europa. El embajador francés Jean Nicot, fue uno de los primeros en sugerir los efectos farmacológicos de la planta, cuando, en 1560, se la envió al regente francés para aliviar sus jaquecas, más tarde fue pionero en el cultivo de tabaco en Portugal, por ello, en su honor esta planta recibe el nombre de nicotiana.

Hoy día se estima que hay cerca de 1.300 millones de fumadores; el 43% de los hombres y el 12% de las mujeres del mundo fuman. Aunque el tabaquismo hasta la fecha se venía considerando una enfermedad de países desarrollados, en la actualidad se estima que el 84% de las personas que fuman viven en países en desarrollo. Solo en China ya viven 300 millones de fumadores (OPS, 1996).

El tabaco tiene tres tentáculos con los que tomarnos al asalto: un efecto estimulante, un efecto calmante y un placer por sí mismo, mitos que se han arraigado en muchas culturas y se convierten en una barrera para el trabajo con la promoción de estilos de vida saludables en torno a estos temas.

“Como placer es un gusto de reposo, complemento o postre que redondea un bienestar previo. El cigarrillo después de una agradable comida, sin prisas, como colofón de lo que los gobernantes promovían como: "café, copa y puro". El cigarrillo romántico que un viaje en tren acompaña al dulce transporte demorado, ocioso y contemplativo. El cigarrillo después de hacer el amor con excelente provecho, relajados, son eslogan que repiten determinados sectores económicos, centrados en las ventas y que olvidan el valor del hombre como base del desarrollo social”. (Doll & Peto, 1994).

En personas fumadoras, la mortalidad supera en un 70% a la mortalidad de no fumadores a la misma edad, ya que cada cigarrillo disminuye en unos 5 a 8 minutos de vida, o sea, unos 8 años menos de expectativa de vida en grandes fumadores. También es importante la edad de inicio, siendo más susceptibles los adolescentes, quienes motivados por imitación, independencia o curiosidad se inician en la adicción, desconociendo las consecuencias nefastas para la salud, siendo en ellos especialmente más dañino ya que disminuye su rendimiento estudiantil y capacidades físicas. Es importante destacar que el 80% de las personas que comienzan a fumar entre los 15 y 20 años son grandes fumadores en el futuro (Saez, Marquéz & Colell, 1998).

Uno de los mayores problemas en torno al tema es la existencia del llamado fumador pasivo, que también tiene un riesgo elevado al doble en relación al no fumador y los más débiles son los niños fumadores pasivos que pueden desarrollar además infecciones respiratorias agudas frecuentes.

El tabaco contiene más de 4.000 sustancias tóxicas, como la nicotina, alquitrán, cetonas y bencenos, entre otras (Schmterlow et al, 1967).

Recientemente se ha publicado un estudio noruego, que se inició en 1974 e incluyó a 24.505 mujeres de edad media. Durante el seguimiento en el grupo de mujeres muy fumadoras se registró una tasa de fallecimientos del 9%. En varones eran mucho peores pues aquellos que fumaban un paquete o más tenían una mortalidad del 40%. Esta diferencia de mortalidad entre varones y mujeres se puede atribuir prácticamente a enfermedades cardiovasculares, pues la tasa de cáncer de pulmón es de 41 muertes por 1000 en mujeres y 43 por 1000 en varones. Estos indicadores se cree tienen a su vez relación también con la intensidad del consumo, lo que es también una de las situaciones que se encuentra en el contexto cubano.

El tabaquismo es la segunda causa de muerte en Cuba para todos los grupos de edades y es la principal causa de muerte antes de los 75 años (Varona et al, 2002). En Sancti Spíritus en el año 2005 los tumores malignos también ocuparon el segundo lugar en las causas de muerte, de un total de 862 defunciones por enfermedades no transmisibles, 245 estuvieron causadas por el cáncer de pulmón, lo que representa el 28%, reconociéndole el tabaco es el responsable del 90% de las muertes por cáncer de pulmón (Diagnóstico de salud de la Provincia de Sancti Spíritus, 2005).

1.1.1- Las consecuencias directas del consumo sobre la salud en el ser humano.

La mayoría de los individuos que tienen cáncer relacionado con el hábito de fumar, dejan de fumar o se esfuerzan seriamente por hacerlo cuando se les diagnostica la enfermedad. Los pacientes que no cesan de fumar inmediatamente a veces se sienten motivados a dejar el tabaco más adelante. Algunos estudios han demostrado que los pacientes que reciben un tratamiento

menos intenso tienen mayor probabilidad de seguir fumando y, si dejan de fumar, tienen mayor probabilidad de volver a comenzar, criterios de gran importancia para trabajar el tema en salud.

El tabaquismo se está convirtiendo en una epidemia mundial de enormes dimensiones. En la actualidad el número de defunciones anuales debidas al tabaco se estima en 4 millones, es decir cerca de 10 000 defunciones en un día. Para el año 2007 se predice que el tabaco se convertirá en la principal causa de muerte y discapacidad, matando a más de 10 millones de personas anualmente, por lo tanto causará más defunciones en el mundo que la suma de las producidas por el VIH, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes automovilísticos, el suicidio y el homicidio.

De manera concreta, este análisis permite identificar que el tabaquismo se asocia con una gran diversidad de enfermedades como:

1. El cáncer en diferentes manifestaciones como el del pulmón, boca, faringe, laringe esófago, estómago, páncreas cérvico/uterino, renal y vejiga.
2. Enfermedades del sistema respiratorio como bronquitis crónica y enfisema.
3. Enfermedades del corazón como cardiopatía isquémica e infarto del miocardio.
4. Enfermedades cerebro vasculares como aneurisma y problemas circulatorios e hipertensión.

Asimismo se deben tomar en cuenta los daños ocasionados a los fumadores pasivos, es decir, aquellas personas que están expuestas involuntariamente al humo del tabaco tanto en el hogar como en el ámbito laboral. Diversas investigaciones han comprobado que la aspiración involuntaria en niños incrementa la gravedad en los casos de asma y posibilidad del síndrome de

muerte súbita, eleva el riesgo de un parto prematuro, disminuye el apetito de la mujer, reduce la capacidad de los pulmones para absorber oxígeno, a lo que se le une un alto riesgo de aborto espontáneo (West, Hajek & Belcher, 1989). Consecuencias todas que evidencian la complejidad del tema y la necesidad urgente de tratamiento.

Se reconocen los efectos que produce el tabaquismo sobre el sistema nervioso central con insomnio, ansiedad y mal humor; sobre el sistema cardiovascular con arritmias, taquicardias y aumento de la presión arterial; sobre el sistema respiratorio con bronquitis crónica, y enfisema pulmonar; sobre el aparato digestivo con la motilidad intestinal, mayor prevalencia de úlcera péptica gastroduodenal, efectos sobre el embarazo con partos prematuros, daño fetal intrauterino, aumento de morbilidad perinatal e infecciones respiratorias bacterianas; sobre la piel con arrugas precoces y profundas, cutis estropeado y dedos amarillentos y sobre la boca con mal aliento y dientes oscurecidos. (Fiore et al, 2000). Efectos que además de perjudiciales para la salud tienen efectos desagradables para el estilo y la calidad de la vida.

Los estudios son contundentes en demostrar que la nicotina es una droga psicoactiva, euforizante, por lo que tiene un potente efecto de refuerzo positivo. Se ha determinado que ejerce un efecto estimulante en receptores nicotínicos centrales (Schmterlow et al, 1967). Sus efectos están relacionados con la dosis administrada tanto al tejido nervioso central como al periférico. Por razones fisiológicas, los fumadores mantienen, por hora, niveles estables de nicotina en el plasma, por tal razón el consumo tiende a ser estable, en concentraciones promedio de 20 a 50 ng/ml (Peter, 1990).

La ausencia de la nicotina en el organismo de los fumadores produce una serie de síntomas y signos que están mediados por la dependencia del tabaco. En conjunto estos síntomas reciben el nombre de síndrome de supresión, el cual tiene una duración promedio entre 6 y 8 días.

Entre los síntomas más frecuentes de la supresión o abstinencia al tabaco se destacan: el deseo de fumar, la ansiedad, la inconformidad, la insidia (desesperación por fumar), los problemas de concentración, el hambre excesiva, la sudoración, los trastornos del sueño, el deterioro en la capacidad de ejecución, la irritabilidad, y la depresión (Hennigfield, 1990).

Estos síntomas pueden aliviarse parcialmente por medios farmacológicos, con la administración de nicotina, por diferentes vías, al fumador (terapia de reemplazo) grupos de autoayuda, terapia de grupo, modificación de conducta, cese abrupto, consejería, hipnosis, acupuntura, tratamiento médico con parches de nicotina y meditación (Daughton, 1991). Los parches de nicotina liberan esta sustancia, de manera constante, a razón de 0,7 mg/cm² para lograr niveles estables en el organismo. En 24 horas se liberan 14 mg de nicotina, con lo cual se alcanzan niveles plasmáticos que oscilan entre 7-11 mg/ml . El síndrome de supresión tiene una duración promedio de 6 a 8 días.

El tratamiento suele complicarse dado que los problemas ocasionados por el tabaquismo no se hacen evidentes en forma inmediata por lo que pasan muchos años antes de que el fumador comience a registrar los signos y síntomas del padecimiento, muchos de los cuales adquieren un carácter crónico irreversible, incapacitante y mortal.

1.2 El Tabaquismo como un problema complejo de origen multicausal. Una realidad en el mundo.

Desde que Sir Richard Doll en 1950 presentó los primeros estudios asociando el humo del tabaco con el cáncer de pulmón, los efectos del tabaco sobre la salud están ampliamente difundidos, aunque se ha prestado poca atención a otro efecto negativo del tabaco como su relación con la pobreza. Los más pobres tienden a consumir más tabaco y a su vez el consumo de tabaco

contribuye a la pobreza de los individuos y de los países. Precisamente el lema del día mundial sin tabaco en 2004 fue “Tabaco y pobreza: un círculo vicioso” (Serrano, 2002). Problemática que es más evidente en tanto los efectos y los riesgos para el tabaquismo son más devastadores en los que poseen un menor acceso a la salud y en que los tratamientos y medicamentos para las adicciones se hacen más costosos.

Conforme los países mas ricos adoptan medidas para el control del tabaquismo tales como aumento de los impuestos, información sobre los efectos en la salud, la prohibición de la propaganda, el acceso a tratamiento para la dependencia tabáquica, etc. que están consiguiendo un descenso en el consumo de tabaco, la epidemia se está extendiendo hacia los países más pobres (Serrano, 2002). Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Chennai, India, mostraba claramente la asociación entre nivel educativo y prevalencia del consumo de tabaco oscilando entre 64% en los analfabetos a 21% en personas con más de 12 años de educación (Soto, Valderrama & Balcázar, 2001).

En los países en desarrollo donde el tabaco normalmente no se encuentra entre las prioridades sanitarias mas inmediatas, las medidas para el control del tabaquismo no se han puesto en marcha y si lo han hecho, en muchos casos no existen la infraestructura o condiciones necesarias para que se lleven a cabo y se cumplan las normativas. Por ejemplo, entre 1970 y 1990 en Haití, Indonesia, Nepal, Senegal y Siria, el consumo de tabaco se duplicó y en Camerún y China se triplicó en ese mismo periodo (The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, 2004).

El tabaco aumenta la pobreza de los individuos y sus familias. El dinero que los fumadores se gastan en tabaco no puede ser usado en otras necesidades básicas como comida, educación o sanidad. Según un estudio llevado a cabo en Bangladesh, con lo que se gasta de media una persona en ese país en

tabaco al día, podría aportar 3 000 calorías a la dieta de su familia en forma de arroz (Sanabria, 2000). Así mismo, si el dinero que se gasta en tabaco en este país se gastara en comida, se evitaría la malnutrición en 10.5 millones de personas y salvaría la vida de 350 niños menores de 5 años al día (Sanabria, 2000).

El tabaco no sólo favorece la pobreza por disminuir los recursos económicos, en muchos casos ya de por sí muy escasos, sino también por el aumento del riesgo de enfermedad o muerte prematura de personas de cuyo trabajo depende la familia, privando así a esas familias de unos ingresos necesarios y a la vez causando unos gastos en asistencia médica adicionales. En aquellos países o situaciones en los que no exista una asistencia sanitaria gratuita, estos gastos recaen directamente sobre la familia empeorando aún más su capacidad adquisitiva (Sanabria, 2000).

En iguales condiciones de edad y sexo, un fumador genera un gasto sanitario anual claramente mayor que un no fumador aunque debido a la muerte prematura de los fumadores, el gasto de por vida es sólo ligeramente superior según datos de la OMS en el Informe Anual sobre el Tabaquismo en el año 2005.

Mientras tanto, los beneficios de la industria continúan creciendo. En los países en desarrollo, la producción de tabaco creció entre 1975 y 1998 un 128%. Este aumento de la cantidad de tabaco cultivada, potenciado y en muchos casos incluso financiado por la industria tabacalera ha contribuido a la inestabilidad mundial de los precios del tabaco, que cayeron un 37% en términos reales entre el año 1985 y el 2000.

En el año 2002, las tres principales tabacaleras mundiales (Japan Tobacco, Philip Morris/Altria y British American Tobacco), generaron entre las tres, unas ventas de más de 121 000 millones de dólares ganancias jugosas que han

llevado a emplear tácticas para impedir la creación de ambientes libres de humo, entre ellas:

1. Niega la evidencia científica
2. Debilita, y/o demora la legislación sobre ALH y exagera su incumplimiento.
3. Propone soluciones falsas
4. Califica sus propuestas de razonables mientras tilda de intolerantes a las de la comunidad de salud pública

1.3 La Promoción y Educación para la Salud. Su papel en la prevención del tabaquismo.

Teniendo en cuenta la fuerza de las transnacionales del tabaco, la orientación sobre el tema por parte de los sistemas de Educación para la Salud es de gran importancia, especialmente buscando establecer políticas que permitan combinar el suministro de información, la comunicación y la educación (IEC), indicadores que aportan diferentes niveles y principios para la promoción de salud.

En el tabaquismo se desarrollan importantes programas y estrategias a nivel internacional. En este sentido, el Banco Mundial ha declarado que políticas comprehensivas del control del tabaco no tendrían un impacto negativo en el empleo total de la mayoría de países. También ha declarado que una de las políticas más efectivas para el control del tabaco, es la subida de los impuestos, lo que ayuda a incrementar los ingresos fiscales de los gobiernos y ponerlos a disposición de la educación (OMS, 1993).

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) establece una base internacional para el control del tabaco, con prohibiciones que regula varios aspectos relacionados con el mismo, como publicidad y propaganda,

incrementos de precios e impuestos del tabaco, empaquetado, tráfico ilegal y la creación de los espacios libres de humo. (Pardell, Saltó & Salleras, 1996).

La prevención debe desarrollarse en el marco de una política integral de educación para la salud, donde toda estrategia preventiva contenga acciones para la restricción de la oferta y la disponibilidad de la droga; la disminución de la demanda y de los consumidores potenciales, así como la mejoría del estilo de vida y el contexto social en el cual se presenta el consumo (Serrano, 2002).

Para los propósitos de la prevención del hábito, es importante también, considerar el entorno y la dinámica familiares, asimismo, la actitud social, la publicidad que induce al consumo, el comportamiento de figuras públicas (deportistas, actores, políticos) en relación con el consumo y la veracidad de la información difundida sobre los efectos a la salud, además de la orientación para ocupar el tiempo libre (Sanabria, 2000).

La Educación para la Salud constituye una herramienta indispensable en el desarrollo de la Promoción de Salud. Su desenvolvimiento se encuentra en los distintos escenarios de la vida cotidiana, construyendo para las personas bienestar creciente en lo biológico, lo social y lo psicológico (Cerqueira, 1997).

El desarrollo científico en el mundo actual hace que las acciones educativas se dirijan no sólo a ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud, sino también a desarrollar los valores y habilidades personales que la promuevan. De ahí, la importancia del conocimiento de teorías y modelos facilitadores de la planificación adecuada de programas educativos que proporcionen aprendizajes significativos en las personas, grupos y comunidades que intervienen (Sanabria, 2002), concibiendo la Educación para la Salud como un compromiso ético, social, político y ecológico donde se combina el saber conocer, saber hacer, saber ser y saber convivir, en

consecuencia con los principios de la educación establecidos por la UNESCO en el 1996.

Este enfoque de la educación para la salud parte de la experiencia latinoamericana y de un proceso de análisis crítico – reflexivo y se propone avanzar retomando del movimiento de la educación popular e incorporando la investigación-acción para lograr un modelo más participativo de educación de salud. Elemento que permite brindar mayores niveles de compromiso social a las acciones que se desarrollen y contraponen los modelos individualistas y curativos que actualmente se utilizan en un gran número de países a nivel internacional.

Históricamente, la participación comunitaria en los problemas que afectan a la comunidad ha pasado por diferentes etapas o enfoques, en dependencia del contexto donde se ha desarrollado pero en cada uno de esos casos ha sido un factor determinante en la educación para la salud.

El término participación comunitaria en la década de los años 50 se aplicó bajo la denominación de animación rural o desarrollo de la comunidad y se proponía la introducción de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de la población. La participación de la gente estaba representada por su capacidad de responder a programas ya decididos por el sector profesional. En los 70 se forma la estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad; reconociéndose la necesidad de colaboración entre gobierno, sus instituciones y la población (Sánchez, 2006)

En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, quedó definida la participación de la comunidad como el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario, llegan a

conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes, destacándose la importancia de la integración de las influencias educativas dada las ventajas que tiene los modelos participativos y la intersectorialidad como principio que lo sustenta de manera teórica.

La intersectorialidad conceptualizada es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en ocasiones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados o priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes (Castell, 2003).

La participación activa de la comunidad está entre los principios básicos del sistema cubano de Atención Primaria de Salud (APS) y se ha visto favorecida por la voluntad política del estado, la interrelación directa entre las estructuras de salud y gobierno y la existencia de mecanismos que facilitan la participación de la población en la toma de decisiones. Lograr participación comunitaria depende del uso que se haga de los espacios existentes, con vista a que se conviertan en una fuente de aprendizaje que promueva comportamientos saludables, incremente las potencialidades de la amplia participación en el análisis de las realidades concretas, espacios de debate y propuestas sobre los problemas de salud. Tarea en la que se han destacado los programas de Educación para la Salud.

1.3.1- El centro de Educación para la Salud. Su misión educativa.

Los contenidos de la educación para la salud han estado dirigidos a actuar en los factores que influyen en los comportamientos humanos en salud como: los conocimientos, habilidades, valoración de situaciones, las creencias, valores, actitudes, autoestima, condiciones de vida, recursos y servicios disponibles. Para lo que ha potenciado las estrategias de apoyo sociofamiliar. Sentido en el que ha creado una andamiaje de experiencias de gran utilidad a la hora de diseñar una estrategia para el trabajo con el tema.

En la estructuración de los contenidos, se puede tener en cuenta diferentes direcciones o enfoques: lo individual, distintos escenarios, grupos concretos y temas de salud específicos, concibiéndose la Educación para la Salud como un proceso de formación, de responsabilidad del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al hombre y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida saludable y una conducta positiva de salud.

La educación para la salud requiere de una metodología activa, participativa, por lo que debe basarse en un modelo de educación / comunicación basado en el proceso más que en los contenidos o los efectos. El mismo, es considerado por Bordenave y Kaplún, como un modelo endógeno, autogestionario, que se centra en la persona, en su contexto y análisis como un proceso múltiple y plural, es conocido como “Educación liberadora o transformadora”, muy utilizado en la Educación Popular. Entre sus rasgos podemos decir que hace énfasis en lo cualitativo y en lo formativo; la información es ofrecida como parte de una necesidad sentida de los participantes. El emisor es un facilitador y hay una auto expresión de los participantes donde se presenta una interacción entre

experiencias y reflexión que contribuye a construir la capacidad y protagonismo de las personas involucradas.

En esta metodología, el uso de las técnicas participativas ha resultado de gran importancia, pues posibilita a los involucrados “aprender haciendo”, o sea el aprendizaje se convierte en una situación vivenciar, desde sus experiencias y modelos cognitivos, facilitan el análisis, la síntesis, la comprensión, la comparación, la colaboración y la comunicación entre los participantes, este proceso se realiza en un medio donde las personas puedan desarrollar capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud y así desarrollar un aprendizaje significativo.

En las intervenciones se combinan múltiples niveles, como son los componentes ambientales y de comportamiento para lo que se utilizan modelos de intervención. Uno de ellos es el Modelo Ecológico que considera cinco niveles de influencia para los comportamientos y condiciones relacionados con la salud: Factores interpersonales o individuales, factores interpersonales, factores institucionales u organizativos, factores comunitarios y factores de política pública.

Otros modelos como el Precede-procede y el de Mercadeo social, plantean también las necesidades a niveles múltiples, los que comprenden una serie de diagnósticos: del consumidor, ambiental, epidemiológico, educativo, organizativo, administrativo y de políticas.

También, hay modelos que lo plantean a nivel individual e interpersonal como son los Modelos Cognoscitivos y del Comportamiento Saludable. Una gran parte de los profesionales de la salud dedican la mayor parte de su tiempo y esfuerzo a trabajar a nivel individual con la población que atiende, bien sea sana o enferma, también lo hacen con grupos en sesiones de educación a pacientes o grupos claves como las embarazadas, los adolescente entre otros,

para conocer e influir en sus conocimientos, creencias, motivación, autoestima y aptitudes. Algunos de estos modelos son :

- Modelo de creencias en salud (Irwin M. Rosentock): Da la posibilidad de que el sujeto implemente acciones promocionales, preventivas, de adherencia terapéutica a través de la percepción del riesgo, de la amenaza percibida y de los beneficios por desarrollar una acción de salud, por lo que debe identificar las barreras que ocurren y las señales para la acción y la autoeficacia como expectativa por los resultados. Se han usado con eficacia en la cesación del hábito de fumar, en las conductas protectoras contra el SIDA y la educación a pacientes diabéticos e hipertensos.
- Modelo Transteórico y los estadios de Cambio. (James O. Prochaska): Plantea que el cambio de conducta pasa por determinadas etapas de cambio: Pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento; hay que tener en cuenta la disposición del individuo al intentar o cambiar hacia comportamientos saludables., se aplica a un gran número de problemas de salud como son: el tabaquismo, la obesidad por ingestión de alimentos, prevención del SIDA, adherencia terapéutica, estilos de vida sedentarios, dietas altas en grasa, entre otros.
- Modelo “Conciencia de la Salud” (Rosentock & Becker): El modelo postula que la modificación de la conducta es un proceso de razonamiento y de entendimiento y no por la imitación. Sugiere que las personas tienen que estar conscientes y convencidas de la amenaza que representa un problema de salud, de los beneficios y consecuencias que representa cambiar o no ciertos comportamientos para prevenir o tratar el problema. Se compone de 4 percepciones: Percepción de la susceptibilidad, del riesgo, de los beneficios, de las barreras. Se ha

utilizado en programas educativos dirigidos a las enfermedades no transmisibles.

- Modelo de aprendizaje “Teoría del aprendizaje social (Bandura): Parte de la idea de que los cambios conductuales son el resultado de la interacción entre la persona y su medio ambiente. Que esto se logra a través de la observación y la imitación que los individuos. Considera la autoeficacia como confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma. Plantea que a través de los modelos simbólicos se logra esta imitación, (la palabra enseñar por la palabra mostrar), estos son: instrucciones orales o escritas difundida durante exhibiciones como películas, diapositivas, videos, carteles programas de televisión, entre otros, que no suelen acompañarse de instrucciones directas al observador. Un ejemplo práctico sería un programa que pretende disminuir las concentraciones de colesterol en la sangre, serían clases de cocina por la TV, donde se preparen platillos bajos en colesterol.
- Teoría de la organización Comunitaria (William McGuire): Este modelo tiene sus raíces en varias teorías: la Perspectiva Ecológica, los Sistemas Sociales, las Redes Sociales, y el Apoyo Social. Postula la idea de que la identificación de los problemas prioritarios o metas comunes deben hacerse conjuntamente con la comunidad interesada, con el fin de desarrollar en ella un sentido de pertenencia, responsabilidad y autogestión de los problemas de salud. Considera también la participación de instituciones y organizaciones La organización de la Comunidad retoma la psicología de Rothman que consta de tres modelos El Desarrollo de la Localidad, la Planificación social, la Acción Social.
- Teoría del cambio organizativo: Su mayor potencial está en producir cambios que mejoren la salud en las organizaciones, en ella se combinan la teoría de las etapas y la del desarrollo organizativo. Se pone

de manifiesto la necesidad de hacer participar a los miembros de la organización y a los responsables de las decisiones en distintos puntos del proceso.

Como se puede observar, se han mostrado algunas teorías, metodologías y modelos que pueden servir para abordar un problema de salud tanto en el ámbito individual, interpersonal, grupal o comunitario. Siendo de gran utilidad una combinación de estos modelos que permita un aprendizaje significativo con la participación directa de los implicados a partir de sus relaciones sociales y con efectos duraderos, lo que es posible si se integran todas las potencialidades de estas propuestas desde una investigación-acción en la comunidad como agente social de cambio.

Dentro de los principales temas de salud en los que se cumple estos principios esta el tabaquismo, que requiere para su tratamiento, un trabajo integrado de Educación para la Salud, en el se integran acciones educativas que demandan de una organización y seguimiento en la comunidad como agente fundamental de cambio.

1.3.2- Las acciones educativas y su organización en el tratamiento del tabaquismo como problema de salud.

En el trabajo educativo existen determinados pasos que son la base para el diseño de las estrategias que al respecto se elaboran. Estos pasos son:

- Se debe partir de un diagnóstico de la situación de salud o del problema observado.
- El diagnóstico educativo es fundamental para conocer, las creencias, conocimientos, aptitudes y actitudes de la población donde vamos a intervenir.

-
- Se priorizarán los problemas y se elaborarán los objetivos, teniendo en cuenta su pertinencia y alcance.
 - La selección de las estrategias para la acción, facilita el desarrollo del plan de acción.
 - El plan de acción tendrá presente el cumplimiento de los objetivos y las estrategias propuestas de acuerdo a los problemas identificados y las características de los involucrados.
 - Es importante tener en cuenta los recursos y el presupuesto del programa a desarrollar, identificando para su utilización aquellos que existen en la propia comunidad.
 - Establecer un cronograma de actividades donde se especifique las acciones a realizar, quien la realizará, con qué recursos, cuándo y qué se espera como resultado de la misma, facilitará la ejecución y cumplimiento del programa.
 - La evaluación es un elemento a tener en cuenta desde el diagnóstico, en el proceso y como resultado final.

Desde la planeación hasta la evaluación, deben estar involucrados todos los participantes en el proceso, entendiéndose como una comunidad educativa.

En el tema del tabaquismo, dada las complejas realidades expuestas en el presente trabajo, se requiere de la integración consciente de acciones en una estrategia educativa que contribuya a elevar los conocimientos y la percepción del riesgo del hábito de fumar y sus consecuencias en la población.

Para el trabajo con este concepto, se parte de reconocer los criterios que en las Ciencias Pedagógicas la definen como: “La dirección inteligente, y desde una perspectiva amplia y global, de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en un determinado segmento de la actividad humana. Se entienden como problemas las contradicciones o discrepancias entre el estado

actual y el deseado, entre lo que es y debería ser, de acuerdo con determinadas expectativas que dimanen de un proyecto social y/o educativo dado. Su diseño implica la articulación dialéctica entre los objetivos (metas perseguidas) y la metodología (vías instrumentadas para alcanzarlas).” (Armas, 2002).

La educación para la salud partiendo de este enfoque permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud (Redondo, 2004).

Para el diseño de la estrategia educativa en el tema del tabaquismo es de gran utilidad el cumplimiento de los siguientes aspectos metodológicos:

1. Concepción con enfoque sistémico en el que predominan las relaciones de coordinación, aunque no dejan de estar presentes las relaciones de subordinación y dependencia.
2. Una estructuración a partir de fases o etapas relacionadas con las acciones de orientación, ejecución y control, independientemente de la disímil nomenclatura que se utiliza para su denominación.
3. El hecho de responder a una contradicción entre el estado actual y el deseado de un objeto concreto ubicado en el espacio y en el tiempo que se resuelve mediante la utilización programada de determinados recursos y medios.
4. Un carácter dialéctico que le viene dado por la búsqueda del cambio cualitativo que se producirá en el objeto (estado real a estado deseado),

por las constantes adecuaciones y readecuaciones que puede sufrir su accionar y por la articulación entre los objetivos (metas perseguidas) y la metodología (vías instrumentadas para alcanzarlas), entre otras.

5. La adopción de una tipología específica que viene delimitada a partir de lo que se constituya en objeto de transformación.

Determinándose como aspectos importantes en la estrategia:

1. La existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos educativos en un contexto a ámbito determinado.
2. El diagnóstico de la situación.
3. El planteamiento de objetivos y metas a alcanzar en determinados plazos de tiempo.
4. Definición de actividades y acciones que respondan a los objetivos trazados y entidades responsables.
5. Planificación de recursos y métodos para viabilizar la ejecución.
6. Evaluación de resultados.

CAPÍTULO 2: La forma de llegar a un resultado, la estructura metodológica.

2.1 Diseño metodológico.

Durante los meses de marzo del 2006 y julio del 2007 se desarrolló un estudio *descriptivo* bajo un diseño *no experimental de tipo transversal*, con el objetivo de evaluar los conocimientos y la percepción del riesgo sobre el hábito de fumar en la población estudiada.

Dentro de los principios de trabajo fundamentales se destacan el enfoque participativo, que permite garantizar un mayor sentido de pertenencia y compromiso dentro de la comunidad para lo que se seguirán las concepciones de la Investigación en la acción la que permite que en la misma medida que se vaya trabajando en el desarrollo del proceso investigativo, se inserte y estimule el crecimiento de las personas que integran la población a estudiar.

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manejar deliberadamente variables. Lo que se hace en una investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en el contexto natural.

A diferencia de la investigación experimental, en la investigación no experimental no se “construyen” grupos ni situaciones sino que se observan situaciones o grupos existentes, elemento que es de gran utilidad para el trabajo comunitario bajo la metodología que se asume.

Para el trabajo se utilizan las condiciones y características dispensariales del diagnóstico de salud de los Consultorios Médicos de Familia # 3, 5 y 6, lo que

permitirá elaborar una estrategia para elevar el conocimiento y la percepción del riesgo del hábito de fumar en las personas mayores de 15 años.

La validación se propone a través del criterio de expertos, modalidad de indudables aportes en el desarrollo de este tipo de investigaciones.

En el trabajo se recogen las experiencias acumuladas en más de 10 años de trabajo en el tema por parte del Centro de Educación para la Salud de Sancti Spíritus y en especial de un año de trabajo con la comunidad que se tomo como población. Los resultados que se han obteniendo y se presentan en este informe han sido valorados y discutidos previamente con la comunidad lo que permite reconocer altos indicadores de participación por parte de la comunidad.

2.2 La población del estudio.

En la ciudad de Sancti Spíritus, una de las primeras villas fundadas por los españoles se agrupa importantes zonas residenciales y barrios que forman una ciudad de más de 111 128 habitantes, capital de una provincia de ocho municipios. Sus tradiciones culturales permiten reconocer el amplio desarrollo de manifestaciones como la música y el baile, a ello se le une las tradiciones campesinas en la agricultura, en especial el cultivo del tabaco como factor clave en este estudio.

En la provincia el diagnóstico de salud muestra que en el año 2006 las tres primeras causas de muerte son el corazón, los tumores y las enfermedades cerebro vasculares que entre sus causas fundamentales, se encuentra el hábito de fumar. Especialmente la tercera que experimenta un crecimiento con respecto al año anterior y la segunda que es la principal causa de muerte en el año actual.

Para el trabajo se tendrá como universo los 24642 habitantes del área centro del municipio Sancti Spíritus donde se encuentra un núcleo poblacional alto con una

gran cantidad de personas jóvenes en instituciones ubicadas, dentro de esta área como: la EIDE provincial Lino Salabarría, el ISP Silverio Blanco, la ESBU Olivos II y la Facultad de Ciencias Médicas Faustino Pérez Hernández, centros de alto riesgo para el desarrollo del hábito de fumar, teniendo en cuenta las características de su población y las edades promedio de las mismas.

Se considera que en la provincia se pierden más de 5 años promedio de vida por causa de las enfermedades fundamentales causadas por el consumo de sustancias relacionadas con el tabaco.

De la misma forma se describen los comportamientos en el área de estudio. En este sentido se muestra que las acciones de promoción y educación para la salud no son suficientes, pues el consumo de sustancias provenientes del tabaco aumenta considerablemente.

Especial atención se muestra en el cumplimiento de las medidas para restringir las ventas y el consumo de tabaco mediante las que en el área son controladas por el equipo básico de salud.

El área centro ha mostrado en los últimos años los mayores índices de mortalidad por causas relacionadas con el hábito de fumar, como distintos cánceres, cardiopatías y enfermedades cerebro vasculares.

El área se encuentra dividida en 42 consultorios de los cuales están cubiertos en la actualidad 10, con el Grupo Básico de Trabajo completo y el resto se encuentran con una estructura incompleta destacándose que en la actual clasificación para el trabajo comunitario, donde los consultorios se agrupan en los tipos 1, 2, y 3 según su Estructura de Trabajo. La atención se complementa con un Policlínico de nuevo tipo con una red de servicios completo que permite una atención integral accesible a toda la población.

En el área actualmente se encuentran desarrollándose importantes programas, entre los que se destaca el de control y prevención del tabaquismo que tiene la tarea de actuar educativamente para lograr disminuir el consumo de sustancias con estos componentes y su tratamiento desde el nivel individual, grupal y comunitario.

2.3 La selección de la muestra.

2.3.1 Tipo de muestreo.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta la mayor prevalencia del hábito de fumar para lo cual se tuvo en cuenta el Análisis de la Situación de Salud del área del año anterior y los criterios de los especialistas y médicos que atienden los consultorios de la zona que recayó en los consultorios 3, 5 y 6 que agrupan a 1843 personas, comprobándose que:

1. Los equipos básicos de trabajo estaban completos y se encontraban físicamente trabajando en el consultorio.
2. Que en el Análisis de la Situación de Salud del área del año anterior se identificaron como problema la prevalencia del hábito de fumar y otras enfermedades asociadas al mismo, entre las que se destacan las respiratorias, el cáncer y las cerebro vasculares.
3. Que el grupo básico de Salud y la Comunidad reconocieron la importancia del tema y manifestaron en las reuniones y actividades su compromiso con el tratamiento del tema a partir del Programa de Control y Prevención de Tabaquismo.

Se realizó un muestreo probabilístico por estratos, que permite la selección de una cuota representativa de cada uno de los consultorios seleccionados de la población.

Para ello se realizó el cálculo del: *tamaño mínimo de muestra* utilizándose los criterios estadísticos correspondientes.

Como resultado y teniendo en cuenta que la población mayor de 15 años de los tres consultorios asciende a 1843 individuos divididos de la siguiente forma.

Consultorio 3: 638 personas. (34,61%)

Consultorio 5: 552 personas. (29,95%)

Consultorio 6: 653 personas. (35,43%)

Y tomando como supuestos para el cálculo del tamaño mínimo de muestra:

- Que la prevalencia del hábito de fumar en el área según estudio realizado previamente por el área de salud es de alrededor del 30 %.
- Admitiendo una precisión del 5 %.
- Con una confiabilidad del 95%.

Se llegó al cálculo de un tamaño de muestra de 276 personas. Que quedaron estratificados en los distintos consultorios de la siguiente forma:

Consultorio 3: 95 personas.

Consultorio 5: 84 personas.

Consultorio 6: 97 personas.

Finalmente para la selección directa de los individuos, se utilizó un muestreo aleatorio simple, partiendo de los listados primarios de individuos mayores de 15 años en cada consultorio.

La muestra seleccionada quedó conformada en un total de 276 personas, donde 141 que representan el 51,1 % son mujeres y 135 que representan el 48,9 % son hombres.

Del total:

-
- 71 son jóvenes entre 15 y 25 años que representan el 26,7 %.
 - 65 están entre los 26 y 35 años representando el 23,6 %.
 - 83 están entre las edades de 36 y 45 años representando el 30,1 %.
 - 57 tienen más de 46 años, los que representan un 20,7 %.

Actualmente en esta comunidad la tasa de escolaridad es del 99,92 % con un grado promedio superior al 10 mo grado.

2.4 Métodos utilizados.

El diseño de la investigación se sustenta en los principios de la metodología cuantitativa y cualitativa. Se procesan informaciones con la utilización de diversos métodos empíricos y teóricos.

Se utilizaron como **métodos teóricos** de la investigación:

1- **El análisis y la síntesis:** Que permitió a partir de los resultados del diagnóstico de salud del área y los datos obtenidos por las pruebas estadísticas disponibles, obtener información que permitió comprender la situación de salud del área.

2- **Inducción y deducción:** A partir de los resultados generales del área de salud se infirió que debido a la regularidad de los procesos en poblaciones similares, en los consultorios se debían mostrar resultados acordes con estos principios, y se podría inducir que los datos obtenidos en estos consultorios servirían para diseñar una estrategia que pudiera abordar el problema en el área de salud.

3- **Histórico- Lógico:** Se tomaron en cuenta que dado el desarrollo de los comportamientos acerca del hábito de fumar en el territorio central del país que es un área de importante producción tabacalera se tendría una mayor cultura vinculada a este hábito. También se tuvieron en cuenta los diagnósticos de salud

del territorio en los años anteriores así como el comportamiento de algunas enfermedades crónicas asociadas al mismo.

4- **El método genético:** Permitió comprender las relaciones de los comportamientos asociados al hábito de fumar, teniendo en cuenta los indicadores sociales y culturales del municipio, la provincia, y el país; combinando los análisis históricos de estos componentes con la situación concreta en la que se desenvuelven los individuos del área centro.

5- **El método de tránsito de lo abstracto a lo concreto:** A través de la revisión bibliográfica se pudo actualizar la situación imperante con respecto al hábito de fumar tanto en el mundo como en nuestro país lo que permitió diseñar la metodología de esta investigación y el procesamiento de sus datos.

6- **La modelación:** A través de la investigación propuesta se podrían diseñar estrategias que serían aplicables a otras áreas de salud del territorio.

7- **El enfoque de sistema:** permitió detectar que determinados comportamientos del estilo de vida guardan relación con el hábito de fumar, en esta población y cómo determinadas tradiciones son importantes tomarlos en cuenta para el análisis de este factor de riesgo.

8- **El hipotético-deductivo:** permitió a partir de las características del consumo de tabaco y las concepciones teóricas sobre el tema presuponer que con una estrategia educativa se eleva el conocimiento y la percepción del riesgo del hábito de fumar en la población del área centro del municipio Sancti Spíritus.

Se utilizaron como **métodos empíricos** de la investigación:

Encuestas: Se aplicó una encuesta a la muestra seleccionada (ver Anexo 1) que incluyó determinados aspectos relacionados con conocimientos, actitudes,

comportamientos y hábitos con respecto al consumo de tabaco el cual fue elaborado por un grupo de expertos del territorio. Este es uno de los métodos que permite captar una gran cantidad de información en corto tiempo por lo que es de gran interés en el estudio.

Entrevistas: Se desarrollaron en la comunidad a fumadores y no fumadores seleccionados como informantes claves para lo cual se utilizó la entrevista semi estructurada (ver anexo 2).

La observación participante: Permitió obtener información sobre el comportamiento del hábito de fumar en esta población y se aplicó en los consultorios que forman parte de la muestra y en reuniones de los grupos básicos de trabajo con la comunidad (anexo 3).

Métodos de nivel **estadístico matemático:**

La información obtenida en las encuestas se procesó mediante computadora utilizando el paquete de programas **Epi Info versión 6.2**. Este permite de manera eficiente cruzar las variables y describir de forma cuantitativa los comportamientos que se analizan en la muestra.

Los resultados serán expresados en **tablas de doble entrada cuantificándose en porcentajes**. Para ello se utilizarán los contenidos de la estadística descriptiva.

De forma directa se expresarán los resultados cuantitativos, que serán complementados por análisis cualitativos resultados de las fuentes que serán trianguladas en el diagnóstico.

Consideraciones éticas:

Todos los sujetos tuvieron la libertad de decidir su participación en el estudio, pues previamente se les pidió su consentimiento. Se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas, tal y como lo establece la observancia de los principios éticos para la investigación científica con seres humanos. (Ver Consentimiento informado). Los resultados que se obtengan serán constantemente validados con la comunidad y partirán de un esquema participativo de trabajo.

En el estudio se procesarán las informaciones partiendo de la definición de las variables que forman parte del estudio:

Variable Independiente: Estrategia Educativa

Variable Dependiente:

- Conocimiento del hábito de fumar: Esta variable se midió con las preguntas 2, 5 y 7.
- Percepción del riesgo del hábito de fumar: Esta variable se midió con las preguntas 7 y 8 de la encuesta que están basadas en el mismo instrumento que utilizó Patricia Varona (Varona P, 2000) para medir percepción de riesgo en una muestra de médicos y enfermeras.

Variables Ajenas o Colaterales:

- Las características de la localidad,
- El nivel escolar de la población.
- La disponibilidad de recursos para la aplicación de la estrategia educativa en el área seleccionada, para la correcta ejecución de la aplicación experimental de la propuesta.

2.5- Análisis y discusión de los resultados del diagnóstico.

Para el análisis y discusión de los resultado se utilizan las diferentes técnicas propuesta que va complementando las informaciones resultantes del proceso investigativo, las que aparecen en los anexos, especialmente las tablas que aparecen en el Anexo 6.

En la Tabla 1 se presenta la prevalencia del hábito de fumar en la muestra estudiada. El 30,4% de los encuestados se declararon como fumadores lo cual está en correspondencia con la prevalencia general de la provincia de Sancti Spíritus según un estudio que compara todas las provincias del país (Varona P, 2003). En este mismo trabajo aparecen Holguín y Sancti Spíritus como las de menor prevalencia del hábito de fumar en Cuba.

La Tabla 2 expresa la prevalencia de la adicción por sexos. Sólo el 17% de las mujeres son fumadoras en el área de salud estudiada mientras que los hombres representan el 33,1%. En el caso de las mujeres, esta cifra es mucho menor que la media provincial (30% según el estudio citado anteriormente). La prevalencia de hombres fumadores en nuestro estudio es mucho más baja que la media de cualquier provincia del país, que en todas, supera el 35% según P. Varona, destacándose la Provincia La habana donde más de un 60% de los hombres fuman habitualmente.

La intensidad en el consumo se expresa en la Tabla 3, donde observamos que la mayoría de los fumadores (71,4%) lo hacen de forma permanente o casi siempre. En la tabla 4 se presentan los datos de la intensidad por sexo y se destaca el 50% de las mujeres fumadoras lo hacen permanentemente mientras que sólo el 12% de los hombres fuman de forma permanente.

La Tabla 5 presenta los datos relacionados con el tiempo que llevan fumando según diferentes edades. Sólo el 33,3% de los fumadores llevan más de 5 años fumando.

La tabla 7 presenta los motivos por los que comenzaron a fumar. Se destaca que la mayoría de los jóvenes fumadores refieren que fueron motivados por amistades, le sigue en orden de frecuencia, la ansiedad. El 16,6% no sabe por qué empezó a fumar. Esto nos da pie para confirmar que un programa educativo pudiera beneficiar a individuos que no tiene claros los motivos por los que pueden iniciarse en esta adicción. Cuando se analiza esta variable por sexos (Tabla 8) se destaca que la ansiedad es un factor para hombres pero no para mujeres. Algo para lo cual no tenemos una explicación plausible.

Cuando se les preguntó a los encuestados si creían tener conocimientos sobre los riesgos del hábito de fumar (Tabla 9), el 96,3% dieron una respuesta afirmativa. Esto nos indica que tal vez estén sobre valorando los conocimientos que tienen pues las respuestas que dieron a otras preguntas de la encuesta (Tabla 11), así como lo que refirieron en los métodos cualitativos (observación participante y entrevista) no se corresponde con el alto nivel de conocimiento que creen tener.

Los resultados de la Tabla 11 expresan el conocimiento de los encuestados sobre los efectos nocivos que tiene el hábito de fumar para la salud. De los trastornos que se relacionan fuertemente con el hábito de fumar sólo fueron capaces de reconocer al cáncer y, en especial, el de pulmón. El 10,1% lo pudieron relacionar con enfermedades respiratorias. Sin embargo, menos del 5% de todos los encuestados no pudieron identificar a las otras 10 afecciones como estrechamente ligadas al hábito de fumar. Este es uno de los resultados más importantes de nuestro diagnóstico pues nos indica aquellos aspectos de índole cognoscitiva en los cuales debe hacer énfasis nuestra estrategia educativa.

La tabla 13 nos brinda los datos relacionados con las vías a través de las cuales reciben información sobre el hábito de fumar y sus efectos para la salud. Esta información resulta de utilidad para incorporar estas fuentes de información en nuestra estrategia educativa.

La Tabla 17 muestra las acciones educativas que recomiendan los encuestados para combatir el hábito de fumar. Estos datos también resultan de utilidad pues nos indican sus preferencias por una determinada modalidad y nos orientan sobre las acciones que debemos seguir en nuestra estrategia educativa. El método más sugerido es las charlas con vídeos, seguida de la educación de padres.

La Tabla 18 ofrece los datos sobre la percepción del riesgo. Aunque la mayoría (67,4%) reconocen que fumar más de 10 cigarrillos al día puede representar un riesgo para la salud sólo el 23,1% reconocen la magnitud de ese riesgo. Esta percepción de riesgo es mucho más baja que la encontrada en un estudio con profesionales de la salud (Varona P, 2000). Si tenemos en cuenta que el estudio mencionado fue con médicos y enfermeras, nuestros datos sobre percepción del riesgo no son alarmantes pero sí lo suficientemente bajos que ameritan la intervención educativa. Además, la percepción de riesgo sobre el fumador pasivo sí es notablemente baja, más de la mitad de los encuestados (55%) opinan que estar en un local donde otra persona esté fumando no representa ningún peligro para su salud. Este es un punto que debemos enfatizar en nuestro programa educativo.

Durante el estudio se han ido analizando importantes variables que muestran la eficacia del trabajo dentro del programa del tabaquismo, encontrándose necesidades en la labor con la percepción del riesgo y de manera puntual en la elevación del conocimiento en determinadas afectaciones para la salud humana de las sustancias que contiene el tabaco y sus derivados y los niveles de información, en estrategias creativas que tengan efectos positivos en un mayor nivel, lo que se convierte en la prioridad del presente trabajo.

Basándonos fundamentalmente según los criterios recogidos en las dinámicas grupales y las entrevistas desarrolladas en: “la poca asimilación de los mensajes por parte de los jóvenes”, “el aumento del consumo”, “las ventas en todos los lugares de estas sustancias” y “la indisciplina social a pesar de las restricciones”, criterios que son muestra de las realidades de la comunidad y muestran la necesidad de darle un esquema real de participación a las estrategias que se desarrollen.

Es de gran utilidad destacar que en este tema, los datos cuantitativos obtenidos y los indicadores que se muestran en las investigaciones del MINSAP y la OPS muestran altos niveles de consumo de estas sustancias a pesar del trabajo que se viene realizando, en función de lo que se necesitan identificar de manera clara las causas que llevan al consumo, para en función de ellas, diseñar las políticas y estrategias de trabajo en los diferentes niveles.

En el presente estudio se encontraron que en la muestra que se trabajó en los consultorios, las principales causas que llevan al consumo son: el embullo fundamentalmente entre los jóvenes, el ejemplo de familiares o familias fumadoras, el estrés fundamentalmente entre adultos y el desconocimiento, lo que muestra la necesidad de elevar el conocimiento y en especial la percepción del riesgo, si realmente se quiere reconocer el peligro de este comportamiento en la población de fumadores y no fumadores.

2.6- A modo de conclusiones parciales:

1. La prevalencia del hábito de fumar en la población estudiada fue de un 30,4 %, cifra cerca de la media nacional que, aunque no es alarmante, representa a un número importante de personas que están expuestas al riesgo para la salud que provoca esta adicción. Esta cifra justifica la necesidad de una intervención educativa.

-
2. La percepción del riesgo que mostraron los encuestados es baja, especialmente en lo que se refiere al fumador pasivo y a la intensidad del riesgo del tabaquismo.
 3. La población refiere que los medios educativos más eficaces son la radio, la televisión y las redes de apoyo social y que estos deben complementar a otros de gran importancia como el médico de la familia, el trabajo de las organizaciones de masas y la escuela.
 4. Más de la mitad de la población valora entre regular y malo el trabajo educativo que se realiza actualmente en la comunidad por lo que deben desarrollarse estrategias que permitan mayores niveles de participación y satisfacción.

CAPÍTULO 3: Propuesta de Estrategia educativa para elevar el conocimiento y la percepción del riesgo del hábito de fumar en la población mayor de 15 años del Área Centro del municipio Sancti Spiritus.

En el diccionario Larouse se define estrategia como el arte de dirigir operaciones militares, habilidad para dirigir, aquí se confirma la referencia sobre el surgimiento en el campo militar, lo cual se refiere a la manera de derrotar a uno o a varios enemigos en el campo de batalla, sinónimo de rivalidad, competencia; no obstante, es necesario precisar la utilidad de la dirección estratégica no sólo en su acepción de rivalidad para derrotar oponentes sino también en función de brindar a las organizaciones una guía para lograr un máximo de efectividad en la administración de todos los recursos en el cumplimiento de la misión.

El concepto de estrategia es objeto de muchas definiciones lo que indica que no existe una definición universalmente aceptada, así podemos entenderlo como: un conjunto de relaciones entre el medio ambiente interno y externo de la entidad conformado por objetivos y políticas para lograr objetivos amplios en la dialéctica de la situación con su entorno. Es una planificación consciente de las formas y principios de trabajo para llegar a un lugar previamente definido.

Según Nerelis de Armas (1996) define que: la estrategia establece la dirección inteligente, y desde una perspectiva amplia y global, de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en un determinado segmento de la actividad humana. Se entienden como problemas las contradicciones o discrepancias entre el estado actual y el deseado, entre lo que es y debería ser, de acuerdo con determinadas expectativas que dimanen de un proyecto social y/o educativo dado. Su diseño implica la articulación dialéctica entre los objetivos (metas perseguidas) y la metodología

En la estrategia que se propone, el principal cambio que se desea en la población es la incorporación a su estilo de vida de conductas protectoras, que ayuden a disminuir el consumo de estas sustancias responsables en un importante factor de riesgo en la aparición de múltiples enfermedades.

La nueva generación de programas de prevención y control del tabaquismo se ubica bajo el fortalecimiento de la prevención y control a través de la participación comunitaria y la educación en salud.

La estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), ha sido utilizada en proyectos de intervención en salud, la misma incluye la participación comunitaria y propicia la movilización social, comprometiendo a un gran número de personas para la acción. Logra además, cambios medibles de actitudes y comportamientos entre audiencias específicas, se basa en sus necesidades así como, requiere de intervenciones planificadas e intersectoriales que combinen la información, educación y procesos motivacionales.

En la zona del área centro, del municipio de Sancti Spíritus; existen conocimientos insuficientes y prácticas inadecuadas de la población con relación a la prevención y control del Tabaquismo así como, la presencia de enfermedades asociadas a este.

Lo anteriormente planteado denota una baja percepción del riesgo y un insuficiente conocimiento por parte de la población, lo que muestra la necesidad de implementar una estrategia educativa que propicie la participación de la comunidad en acciones de prevención y control contra el Tabaquismo.

Propósito:

Disminuir el hábito de fumar en la población del área centro del municipio de Sancti Spíritus, mediante los componentes de información, educación y comunicación social en salud.

Objetivos:

1. Incrementar la intersectorialidad y la participación comunitaria en el programa de prevención y control del tabaquismo.
2. Elevar el conocimiento y la percepción del riesgo sobre el hábito de fumar en la población mayor de 15 años del área centro de municipio de Sancti Spíritus.

Audiencia primaria:

- Población del Área en consultorios 3, 5 y 6.

Audiencia secundaria:

- Médicos y Enfermeras de la Familia.
- Líderes comunitarios.
- Promotores de salud.

Límites:

El Programa tendrá alcance dentro del área centro del Municipio Sancti Spíritus, resultando su muestra de trabajo, los consultorios 3, 5 y 6.

Desde el punto de vista de la edad comprende a las personas mayores de 15 años tanto fumadoras como no fumadores.

El presente estudio abarca el período comprendido entre febrero del 2005 a febrero del 2008. La propuesta de estrategia tiene un límite temporal en su ejecución, de un año.

Fundamentos de la Estrategia:

La estrategia se fundamenta a partir de identificar como método filosófico el materialista dialéctico, que permite comprender el fenómeno en su contexto y multiplicidad de relaciones. Lo que complementa el fundamento de la Educación Popular como basamento pedagógico que implica asumir la participación como elemento fundamental de transformación.

La comunidad, está formada por sujetos que posee un contexto externo y un conjunto de potencialidades internas que van a estructurar su situación social del desarrollo, que va determinando su crecimiento y estableciendo Zonas de desarrollo próximo, a partir de las cuales se establecen las acciones de intervención individual y se planifican las acciones de los diferentes agentes de transformación integrados en la estrategia. Esta concepción del Desarrollo defendida por la escuela Histórico-Cultural de Vigostki (1896-1934), sustenta psicológicamente la propuesta.

Desde el punto de vista pedagógico se basa en la Unidad entre el educador y el educado como principio fundamental, lo que implica sociológicamente ver el contexto como un complejo sistema de relaciones que determinan entre sí el desarrollo, con la existencia de diferentes agentes de socialización, especialmente la comunidad, donde se reproducen y forman las tradiciones y normas sociales que influyen en gran medida en el comportamiento individual, aspecto que sustenta la estrategia que se propone dándole un concepto integral de formación.

Su sustento educativo parte de los tres principios expuestos en la IEC:

Información:

- Informar sobre el Programa de Control y Prevención del Tabaquismo en las reuniones del Programa de Calidad de Vida, el Consejo de Salud Local y los Consejos de Dirección del área y en las reuniones del Programa de Adicciones.
- Ofrecer información actualizada sobre los factores de riesgo sociales y ambientales que posibilitan el consumo del tabaco, sus efectos y consecuencias a corto y largo plazo a trabajadores de la salud, sectores, organizaciones de masas y población en general.

Educación:

- Elaborar, conjuntamente con especialistas del programa de Prevención y Control del Tabaquismo, Salud Ambiental y Promoción y Educación para la Salud, un plan de capacitación dirigido a médicos, enfermeras de la familia, utilizando técnicas educativas y medios de enseñanza que permitan el aprendizaje interactivo.
- Ofrecer cursos de capacitación sobre la prevención y control del hábito de fumar a sectores y organizaciones de masas del área de salud en estudio.
- Implementar y velar por el cumplimiento de las resolución 360 del 2005 y el resto de normativas sobre la venta y el consumo del tabaco o las diversas sustancias que lo contienen.
- Incrementar la labor educativa del Equipo Básico de Salud con la comunidad mediante un programa de acciones educativas.

-
- Activar el movimiento de centros libres de humo y celebrar activamente el día mundial de lucha contra el tabaco (31 de Mayo).

Comunicación:

- Intensificar la comunicación interpersonal y grupal del Equipo Básico de Salud, vinculada a las medidas de prevención y control del *Tabaquismo*.
- Confeccionar mensajes educativos en función de la prevención y control del tabaquismo.
- Diseñar y validar materiales educativos que propicien la aprehensión de los conocimientos y promuevan comportamientos saludables.
- Desarrollar procesos emulativos entre los departamentos y centros libres de humo dentro del área.
- Activar un sistema de comunicación educativa entre las instituciones de salud y otras instituciones y organizaciones de masas del área.
- Utilizar los diferentes escenarios para comunicar a la población lo relacionado con la prevención y control del tabaquismo, sus consecuencias y efectos a corto y largo plazo.
- Vincular los medios de comunicación social del municipio a las actividades educativas y de prevención contenidas en la estrategia.

Etapas de la Estrategia:

Diagnóstica:

Esta etapa comprende la aplicación y determinación de las características del entorno, la recogida de información y el análisis y discusión de los resultados.

Para ello se recomiendan utilizar la observación participante, la entrevista y la encuesta que se proponen en los anexos del presente trabajo. Estos deben complementar la información recogida en el diagnóstico de salud del área y la revisión de los documentos del programa de prevención del tabaquismo.

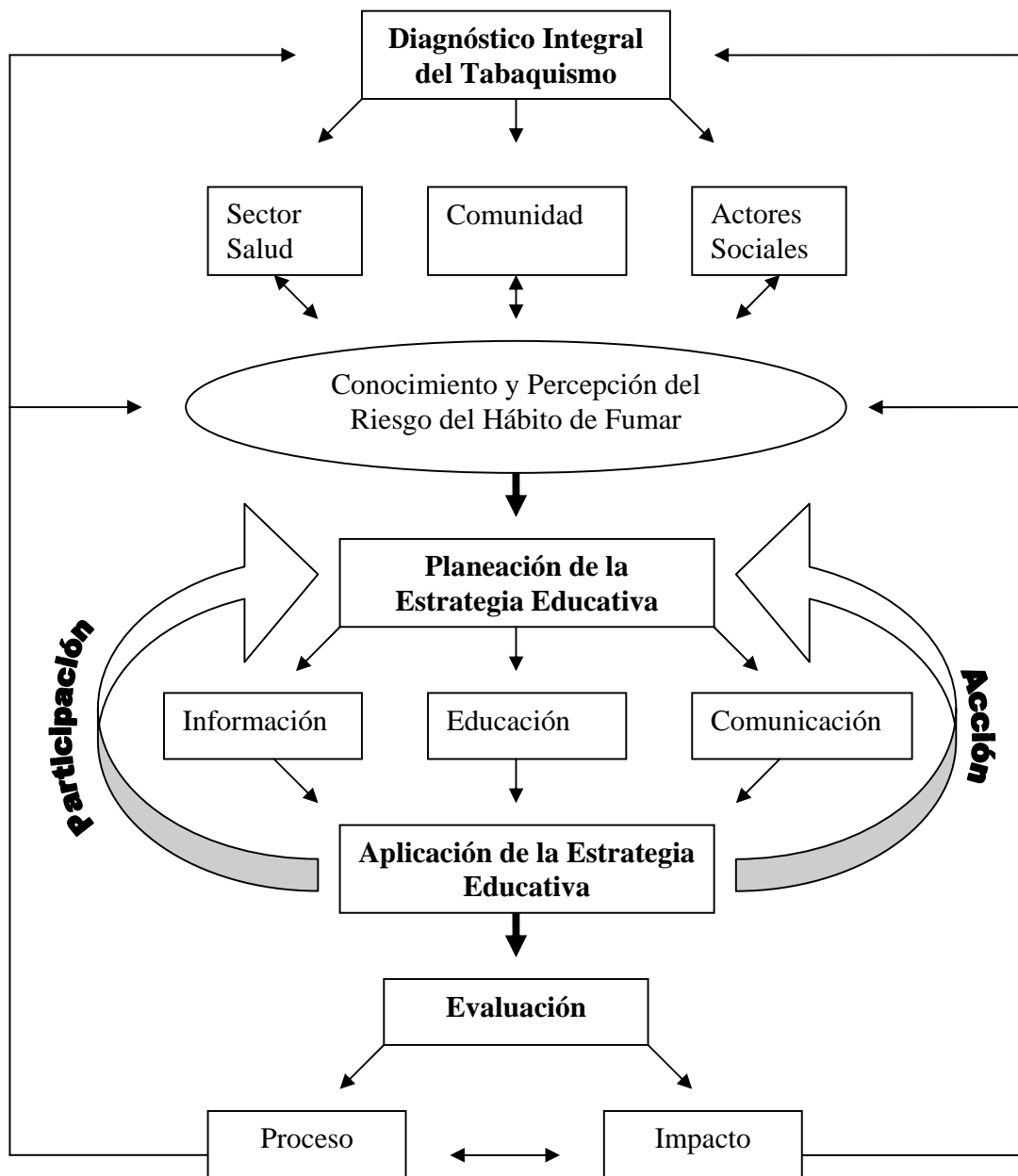
Estos resultados se triangularán y presentarán como un informe integral del tratamiento al tema en el área, que incluya a los diferentes agentes y sectores de la comunidad. La muestra de los sujetos debe ser probabilística para garantizar la representatividad de los resultados obtenidos.

Planeación:

A partir de estas concepciones se propone un plan de acciones que incluye los criterios antes descritos e integra a los diferentes sectores del área bajo la coordinación del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo.

Estas acciones incluyen los diferentes factores de la comunidad e intervienen en los diferentes niveles que se expresa la problemática, a nivel individual, grupal y comunitario.

Las acciones irán cumpliendo de manera sistemática los objetivos propuestos, integrando en cada uno de ellos los recursos propios del entorno con las acciones y propuestas del programa a nivel central.



PLAN DE ACCIÓN

Objetivos	Actividad	Participantes	Responsable	Recursos	Fecha	Lugar	Resultados esperados
1- Incrementar la intersectorialidad y la participación comunitaria.	Taller de sensibilización sobre "Intersectorialidad y participación comunitaria para la prevención y control del Tabaquismo.	Representantes del Consejo de Salud Local, Grupo Local del Programa Calidad de Vida, Representantes de las Organizaciones de Masas. Educador para la Salud Municipal y del área.	- Presidente del Consejo Popular. - Delegados del área. - Director del Área de Salud - Educador para la Salud Municipal y del área.	Libretas, lápices, computadora, papel para papelógrafo, pizarra, plumones	Sept / 08	Policlínico Centro	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitados el 90% de los representantes y grupos de trabajo relacionados con el Programa de Prevención y Control del Tabaquismo. - Capacitados el 100% de los Médicos y Enfermeras de la Familia del área de salud. - Capacitados el 90% de los representantes de las Organizaciones de Masas.

	Realizar Consejo de Salud Local: "Prevención y control del Tabaquismo"	Miembros del Consejo de Salud Local.	- Presidente del Consejo Popular. - Delegados del área de salud. - Director del área de salud centro.. - Jefe del Programa de Calidad de Vida del área. Educador Municipal y del área de Salud Centro	Computadora, Pizarra acrílica, plumones y borrador.	Sept/ 08 Bimestral	Policlínico Centro	Desarrollados el 95% de los Consejos de Salud Local programados para la etapa.
	Desarrollar reunión del Programa Integral de Salud y Calidad de Vida Tema: " El Tabaquismo y sus riesgos"	Presidente Consejo Popular. Delegados, Vicedirector de Higiene del área, Médicos y Enfermeras de la Familia, Sectores y Organizaciones de Masas. Educador para la Salud Municipal y del área.	Director Municipal de Salud. Director del área de Salud centro.	Computadora, papel para papelógrafo, pizarra, plumones, borrador.	Sept/ 08 Mensual	Policlínico Centro	Desarrolladas el 95% de las reuniones del Programa Integral de Salud y Calidad de Vida programadas para la etapa.

	Taller de capacitación con el tema: Control y prevención del tabaquismo.	Presidente del Consejo Popular. Delegados del área de salud. Presidentes de los CDR. Secretarias de la FMC, Brigadistas Sanitarias	Presidente del Consejo Popular. Jefe del Programa de Calidad de vida del área. Médicos y Enfermeras del área	Computadora, papel para papelógrafo, pizarra, plumones, TV, Video, casetes. afiche, plegable, rotafolio	Oct./ 08	Policlínico Centro	Capacitados el 90% de los Líderes de Gobierno, Sectores y representantes de las Organizaciones de Masas.
2- Elevar los conocimientos y la percepción del riesgo sobre el hábito de fumar en la población mayor de 15 años.	Desarrollar curso postgrado "Ayude a su paciente a dejar de fumar"	Médicos y Enfermeras del área y Grupo Básico de Trabajo	Especialistas del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Educatra Municipal y del área.	Computadora, papel para papelógrafo, pizarra, plumones, TV, Video, casetes	Oct.– Nov./08	Policlínico Centro.	Capacitados el 95% de los Equipos Básico de Salud y el 100% del Grupo Básico de Trabajo.
	Taller comunitario "Mi comunidad sin humo"	Presidente Consejo Popular, Delegados del área, Médicos y Enfermeras de área, Presidentes de los CDR. Secretarias de la FMC, Brigadistas Sanitarias	Especialistas del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Educatra Municipal y del área.	Computadora, papel para papelógrafo, pizarra, plumones, TV, Video, casetes,	Oct.– Nov./08	Policlínico Centro.	Capacitados el 95% de los delegados del área, presidente del Consejo popular, médicos y enfermeras del área de Salud Centro.

	Taller de formación de promotores para la prevención y control del tabaquismo.	Promotores seleccionados del área.	Médicos y Enfermeras de la Familia Asistentes de enfermería Educador para la Salud del área. Especialista del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Educadora Municipal y del área.	Computadora, papel para papelógrafo, pizarra, plumones, TV, Video, casetes, afiche, plegable, rotafolio.	Nov./08	Policlínico Centro	Capacitados el 100% de los promotores formados.
	Taller con el tema: Calidad de Vida.	Presidente Consejo Popular, Delegados del área, Médicos y Enfermeras del área, Presidentes de los CDR. Secretarías de la FMC, Brigadistas Sanitarias, Directores de escuelas e instituciones.	Presidente del Consejo de Salud Local, Director del área de salud, Jefe del Programa de Salud y Calidad de Vida.	Computadora, papel para papelógrafo, pizarra, plumones, TV, Video, casetes, afiche, plegable, rotafolio.	Nov/ 08	Policlínico Centro	Capacitados el 85% de los presidentes, delegados, responsables de organizaciones de masas, médicos y enfermeras de la familia, centros educativos e instituciones

	Formación de Grupos de Autoayuda	Fumadores	Médicos y Enfermeras de la Familia, Asistentes de Enfermería, Jefe del Programa de Tabaquismo, Educador para la Salud Municipal y del área.	Computadora, papel para papelógrafo, pizarra, plumones, TV, Video, casetes, afiche, plegable, rotafolio.	Diciembre/08	Policlínico Centro	Funcionando los Grupos de Autoayuda en el área de salud.
	Desarrollar audiencia sanitaria "Sin humo en el ambiente"	Población	Presidente del Consejo Popular. Delegados CDR, FMC Médicos y Enfermeras de la Familia	Audiencia, afiche y plegable.	Enero/09	CDR del Área de Salud.	Capacitado el 85% de la población.
	Realizar video debates sobre prevención y control del Tabaquismo.	Población	Presidente del Consejo Popular. Delegados, CDR, FMC Médicos y Enfermeras de la Familia	TV, Video, casetes afiche y plegable.	Feb – Marzo/09	CDR del Área de Salud.	Capacitado el 85% de la población.

	Actualizar murales con temas referentes a la prevención y control del tabaquismo.	Médicos y Enfermeras de la Familia, Asistentes de enfermería, promotores, Centros Estatales y Educativos del área de salud.	Médicos y Enfermeras de la Familia. Directivos de los Centros Estatales y Educativos.	Cartulina, papel, plumones, colores, tijeras, goma de pegar.	Permanente	CMFy Centros de Trabajo y educativos del área de salud.	Actualizados el 100% de los murales.
	Realizar concurso "Un ambiente libre de humo" Modalidades de pintura, poesía y composición	Niños y niñas Adolescentes y jóvenes Adulto Mayor	Presidente del Consejo Popular Delegados Sectores y Organizaciones de Masas, Comisión Municipal de Salud y Calidad de Vida, CITMA	Cartulina, papel, lápices, plumones, colores.	Junio/09	Policlínico Centro	Realizado Concurso
	Implementar el movimiento "Centros e instituciones libres de humo"	Promotores, Médico y Enfermera de la Familia, Asistentes de Enfermería, centros educativos e instituciones	Presidente Consejo Popular Delegados, Sectores, Organizaciones de Masas, Directores de centros educativos	Diplomas	Enero/ 09 – Sep/09	Centros educativos e instituciones del área de salud.	Declaradas libres de humo el 90% de las viviendas

			e instituciones, Educador del Área				
	Coordinar con Centrovisión Yayabo la realización de un video educativo de corte comunitario.	Especialistas de Salud, Representantes de los Sectores Centrovisión Yayabo,	Especialistas del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Educatora Municipal para la Salud y del área Director de Centrovisión Yayabo.	----	Según programación	Centrovisión Yayabo	Realizado video educativo
	Coordinar con la emisora Provincial de Radio la realización del programa "Con mi barrio"	Población	Director de la Emisora Provincial de Radio, Especialistas de Salud, Coordinador de los CDR de la zona, Presidente del Consejo Popular y Delgados	----	Según programación	Emisora Provincial de Radio.	Realizado Programa "Con mi barrio"

	Diseñar y validar materiales educativos (plegables, afiches, volantes) relacionados con las medidas de prevención y control del tabaquismo.	Especialista del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud, Médicos y Enfermeras de la Familia, Educador Municipal y del área de salud.	Especialista del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud, Educadores para la salud Municipal y del área, Jefe del Programa de Tabaquismo.	Materiales de oficina, computadora, impresora.	Permanente		Elaborados los materiales educativos.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------	--	---------------------------------------

Aplicación:

Para el desarrollo de la intervención se deben cumplir de manera integral el plan de acciones propuestas, las que se comprenderán como un sistema de influencia que se desarrolla en paralelo, cumpliendo los diferentes objetivos e involucrando a los responsables en cada una de las acciones.

Las acciones se irán complementando y reajustando a partir de las características y los resultados obtenidos los que serán reajustados según los principios de la Investigación Acción.

Evaluación:

Para realizar la evaluación se utilizarán indicadores que midan el desarrollo y cumplimiento de las actividades propuestas.

Para ello se utilizarán los mismos instrumentos diagnósticos, que serán complementados a partir de la participación popular y los criterios recogidos en el campo.

Indicadores de proceso:

La evaluación de proceso se realizará en forma sistemática para conocer los efectos de la estrategia sobre la audiencia, el cumplimiento de las acciones propuestas para cada objetivo, así como los avances, resultados y efectos a corto y mediano plazo.

- Porcentaje de líderes de la comunidad, sectores y organizaciones de masas incorporados a la estrategia.

-
- Porcentaje de personal de salud del área, vinculados de manera directa a la estrategia.
 - Porcentaje de Consejos de Salud y reuniones del Programa de prevención y control del Tabaquismo celebradas.
 - Porcentaje de cumplimiento de los acuerdos tomados en las diferentes reuniones del Programa de Control y Prevención del Tabaquismo.
 - Porcentaje de población que participa en video debates o porcentaje de murales actualizados sobre el tema.
 - Total de concursos u otras actividades sociales realizadas.
 - Total de programas radiales, televisivos y spot realizados.
 - Total de materiales educativos confeccionados.
 - Resultados del Diagnóstico de salud del área.

Se utilizarán además los informes estadísticos y de mortalidad del Municipio, las actas de reuniones del Consejo de Salud Local, entregas de guardia del área así como los resultados de las actividades desarrolladas en la comunidad por parte de las diferentes organizaciones y factores vinculados a la estrategia.

Indicadores de impacto:

Al año de implementada la estrategia educativa se aplicarán encuestas de conocimientos y prácticas a la población, instrumentos de investigación cualitativos y observaciones participantes que permitirán evaluar la efectividad de la estrategia.

- Elevados los conocimientos de la población en un 90%.
- Logrado el funcionamiento de las comisiones intersectoriales de trabajo a nivel de cada consejo popular del área de salud.

3.1. Validación de la estrategia educativa mediante el criterio de experto.

La primera etapa de la corroboración consistió en la selección de los expertos. Se les aplicó un cuestionario a un total de 16 especialistas (Anexo 6) para evaluar el nivel de competencia, teniendo en cuenta sus valoraciones sobre el dominio de la temática y las fuentes de argumentación.

A partir de las respuestas al cuestionario aplicado, para cada especialista se calculó el coeficiente de competencia (K), a partir de la siguiente expresión:

$$K=1/2 (Kc + Ka) \text{ (Anexos 8).}$$

Donde Kc es el coeficiente de conocimiento que tiene un experto sobre la temática que se aborda, el cual se calcula mediante la autovaloración del propio experto en una escala del 0 al 10 y multiplicado por 0.1.

Y Ka es el coeficiente de argumentación o fundamentación, que fue calculado a partir del criterio del experto sobre las fuentes de argumentación con respecto a una tabla patrón.

Todos los especialistas encuestados resultaron competentes para evaluar la Estrategia Educativa propuesta, el 75 % de ello con una calificación alta y 25% con un nivel medio. Tabla 5

Tabla 5. Calificación de los expertos según el método Delphi.

Coeficiente	Calificación	
	No	%
Alto	12	75
Medio	4	25
Bajo	0	0

Total	16	100
--------------	----	-----

A los dieciséis expertos seleccionados se les aplicó una encuesta para evaluar la utilidad del medio de enseñanza propuesto de acuerdo a los indicadores: factibilidad, aplicabilidad, nivel de generalización, nivel de pertinencia, originalidad y validez. Dicha encuesta se aplicó dos veces (ronda 1 y ronda 2). Estos indicadores se tomaron de la guía de evaluación propuesta Armas, Lorences y Perdomo (2003) en el trabajo “Caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes de la investigación educativa”. Los resultados se muestran en el Anexo 9, ronda 1 y anexo 9 a ronda 2.

Los datos se recogieron en tablas de frecuencias y porcentos y para la corroboración por expertos se determinó la consistencia interna calculando el coeficiente alfa de Cronbach y para la validez de criterio se calculó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman.

En la Tabla 6 se refleja lo expresado por los expertos en relación a la factibilidad, aplicabilidad, nivel de generalización, nivel de pertinencia, originalidad y validez de la Estrategia Educativa en la ronda 1. Nueve consideraron la factibilidad muy satisfactoria y siete bastante satisfactoria, trece expresaron que la aplicabilidad y el nivel de generalización eran muy satisfactorios y tres bastante satisfactorios. En relación al nivel de pertinencia, la originalidad y la validez catorce los consideraron muy satisfactorios y dos bastante satisfactorios. Hay que destacar que ninguno de los expertos consideró la Estrategia Educativa propuesta como satisfactorio, poco satisfactorio o no satisfactorio en ninguno de los aspectos a corroborar.

Tabla 6. Criterios de los expertos sobre los indicadores para evaluar la Estrategia Educativa: ronda 1

Indicadores	Muy satisfactorio		Bastante Satisfactorio		Satisfactorio		Poco satisfactorio		No satisfactorio	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Factibilidad	9	56.2	7	43.8	0	0	0	0	0	0
Aplicabilidad	13	81.3	3	18.7	0	0	0	0	0	0
Nivel de generalidad	13	81.3	3	18.7	0	0	0	0	0	0
Nivel de pertinencia	14	87.5	2	12.5	0	0	0	0	0	0
Originalidad	14	87.5	2	12.5	0	0	0	0	0	0
Validez	14	87.5	2	12.5	0	0	0	0	0	0

En la tabla 6a se refleja la opinión emitida por los expertos sobre la utilidad de la Estrategia Educativa, en la segunda ronda, como se puede apreciar todos los indicadores fueron evaluados de muy satisfactorio por la mayoría de los expertos y en menor número de bastante satisfactorio, ningún encuestado lo consideró, satisfactorio, poco satisfactorio o no satisfactorio.

Tabla 6a. Criterios de los expertos sobre los indicadores para evaluar la Estrategia Educativa: ronda 2

Indicadores	Muy satisfactorio		Bastante Satisfactorio		Satisfactorio		Poco satisfactorio		No satisfactorio	
	Frec.	%	Frec.	%	FREC.	%	Frec.	%	Frec.	%
Factibilidad.	11	68.8	5	31.2	0	0	0	0	0	0
Aplicabilidad.	12	75.0	4	25.0	0	0	0	0	0	0
Nivel de generalidad.	12	75.0	4	25.0	0	0	0	0	0	0
Nivel de pertinencia.	15	93.75	1	6.25	0	0	0	0	0	0
Originalidad.	13	81.25	3	18.75	0	0	0	0	0	0
Validez.	12	75.0	4	25.0	0	0	0	0	0	0

Como la encuesta realizada a los expertos daba la posibilidad de emitir otras opiniones, algunos plantearon:

-
- a) Que la Estrategia Educativa es factible porque puede aplicarse, acorde con los nuevos cambios que están ocurriendo en el programa de Medicina con la creación de las policlínicas en su concepción comunitaria, especialmente en el programa de Tabaquismo.
 - b) Con la preparación sobre el uso de la IEC se logran mayores niveles de participación, lo que genera mayores sentidos de pertenencia y calidad.
 - c) La estructura de la estrategia propuesta se ajusta a los principios de la Educación Popular que sustenta la Investigación Acción.
 - d) La generalización es posible y muy amplia, pues puede ser usado de una u otra forma en otros contextos con situaciones de salud e índices de consumo similares.
 - e) Es criterio de todos los consultados que la temática seleccionada tiene gran importancia y actualidad por su incidencia en la práctica médica que lo convierte en uno de los principales factores de riesgo a nivel internacional.
 - f) Es novedoso porque por primera vez se incluye a partir de los postulados de la IEC la integración entre los diferentes factores de la comunidad en especial los consultorios médicos de la familia y el personal de salud del área.
 - g) La consistencia interna y la validez de criterio se demostraron mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, los cuales fueron altamente significativos en las dos rondas efectuadas (Anexo 9 y 9a).

En la primera ronda el α (de Cronbach) fue de 0.9898 y en la segunda de 0,9946. En el caso del coeficiente de correlación de Sperman hubo una total correlación en la opinión de los expertos para los diferentes ítems.

Conclusiones

A partir de los resultados expuestos en la investigación se ha concluido que:

El nivel de conocimientos sobre el hábito de fumar fue bajo, los encuestados fueron incapaces de identificar, todos los problemas de salud relacionados con este hábito .. Esto justifica la aplicación de una estrategia educativa para incrementar los mismos.

A pesar de que la mayoría de la muestra reconoce efectos negativos en el consumo del tabaco, la prevalencia del consumo en el área es similar a la media nacional que aunque no es alarmante representa un número importante de personas expuestas a esta adicción, mostrando una baja percepción del riesgo. Estos datos justifican la necesidad de una intervención educativa.

En la intervención educativa propuesta, se combinan armónicamente los principios de la IEC, lo que permite un mayor nivel de participación e integración intersectorial según criterios de los expertos, aspectos novedosos que le dan utilidad y factibilidad a la estrategia propuesta.

Según los expertos, la estrategia propuesta debe permitir elevar los conocimientos y la percepción de riesgo una vez que se aplique a la población en estudio.

Recomendaciones

Implementar y validar en la práctica, la estrategia educativa propuesta para elevar los conocimientos y la percepción del riesgo en el Área Centro de Salud de Sancti Spíritus.

Extender el estudio propuesto a otras áreas de salud que mantienen indicadores similares de prevalencia.

Promover investigaciones científicas en estrecha coordinación con el personal de salud, en función de determinar el nivel de conocimientos y percepción de riesgo en relación con esta adicción y la salud.

Bibliografía

- Ariza C, Nebot M. Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria. *Gac Sanit* 1995; 9: 101-109.
- Arroyo, Cerqueira MT. La promoción de salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial Editorial Universidad de Puerto Rico, 1997
- Barrueco M, Vicente M, Garavís JL, García J, Blanco A, Rodríguez MC. Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante 3 años. *Arch Bronconeumol*. 1998.
- Baird R. WFC's Chiropractors Against Tobacco: Wellness Project. *Journal of the American Chiropractic Association*, agosto de 2004.
- Benowitz N. Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA* 1991, 266(22),3174-3177.
- Cabrera A. Etapas de cambio en consumidores de cigarrillo en Zarzal, Colombia, 1999. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 2001;19:33-41.
- Castell P. La intersectorialidad. Conceptualización. *Panorama internacional y de Cuba*. [Sitio de Internet] 2003[Consultado 14/4/07] [15p]. Disponible URL: http://www.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2003_sep_dichsv2n3_intersectorialidad_castell.pdf
- Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. La Habana: MINSAP; 2000.
- Costa M, López E. *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
- Daughton M. Effects of transdermal nicotine delivery as an adjunct to low-intervention smoking cessation therapy. A randomized placebo-controlled, double blind study. *Arch Intern Med* 1991, 151(4) 749-752.

-
- Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 1994;309:59-69.
- DRAFT Health Effects Assessment for ETS. SRP Review. California Air Resources Board, marzo de 2005. (<http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/dreport/mar05/bexsum.pdf>)
- Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Servicio de Salud Pública, 2000.
- Flynn J, Slovic P, Mertz C. Gender race and perception on environmental health risk. *Risk Anal.* 1994;14(6):22-24.
- Glanz K, Rimer BK, Sutton SM. Teorías de un vistazo: guía para la práctica de la promoción de la salud. Modelos y teorías de comunicación en salud. Promoción de la salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996. (Reproducción de Documentos Serie No. 19).
- Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group. Differences in Worldwide Tobacco Use by Gender: Findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Journal of School Health*, agosto de 2003, Vol.73, 6: 207-215.
- Henningfield J, Golberg S. Nicotine as a reinforcer in human subjects and laboratory animals. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 1983, 19,989-992.
- International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Informe de la reunión de consulta. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10a revisión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
- Jiménez CA. Tabaquismo. Manual SEPAR Tabaquismo. Vol 1. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995;(1):6-8.

-
- John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *European Journal of Cancer Prevention*, junio de 2003, 12(3):235-7.
- Kato I, Tominaga S, Suzuki T. Lifestyle differentials by occupational group. *Nippon- Koshu-Eisei-Zasshi* 1992;39(11):830-838.
- Lara M, Balzaretto M. Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública. *Salud Pública Mex.* 1984;26(2):122-9.
- Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. La Habana: Científico-Técnica; 1989
- Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. La prevención de tabaquismo y los profesionales sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- Mulligan S, Devan J, Kelly J. Transdermal nicotine and pharmacokinetic properties of a transdermal nicotine patch. *Clin Pharmacol Therap* 1990;47,331-337.
- Ockene J, Lindsay E, Berger L, Hymowitz N. Health care providers as key change agents in the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). *International Quarterly of Community Health Education*, 1990-91;11(3):223--226.
- OMS. Los servicios de salud: ventana abierta a un mundo sin tabaco. *Bol Inform* 1993:1-3.
- OPS/OMS. Carta de Ottawa para la promoción de salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Ottawa. 17-21 de noviembre de 1986. Washington DC, 1987:21.

-
- Oficina Panamericana de la salud (OPS). Modelos y teorías de comunicación en salud. Promoción de salud. Reproducción de documentos, Serie # 19, 1996
- Organización Panamericana de la Salud. Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe de la Cirujana General. Washington DC, 1992;25-26.
- Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996.
- Percival J et al. International Efforts in Tobacco Control. Seminars in Oncology Nursing 2003;19(4):301-307.
- Reducing the health consequences of smoking: 25 years of Progress. The Surgeon General. CDC. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. MMWR 1989;38(S-2).
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. En: The Cochrane Library, Número 1. Chichester, John Wiley and Sons, 2004
- Sáez C S , Marqués M F, Colell B R. Educación para la Salud. Técnicas para el trabajo en grupos pequeños. Pagés Editors. Segunda edición Zaragoza, España, 1998
- Sánchez L. Proceso y resultados de la prevención comunitaria del dengue. [Sitio de Internet] 2006 [Consultado: 14/3/07] [24p]. Disponible en URL: http://www.ipk.sld.cu/biblioweb/tesis/liset_sanchez.pdf.
- Salines G. Consumption of tobacco, alcohol, psychotropic drugs and illegal drugs in high school students of the department in the Upper Pyrenees. Rev Epidemiol Sante Publique 1991;39:149-155.
- Sanabria R G Diseño de un Programa educativo, ENSAP, 2000
- Sanabria G. Participación Social y Comunitaria. Reflexiones. [Sitio de Internet] 2002 [Consultado:14/12/05] [14p]. Disponible en URL:<http://www.bus.sld.cu/revistas/spu/vol.27-2-01/>
- Schmterlow et al. Distribution of nicotine in the central nervous system. Annals of the New York Academy of Science, 1967, 142, 2-141.

-
- Serrano G M. La educación par la salud en el siglo XXI. Comunicación y Salud .2º edición ALEIZEIA, Madrid. 2002
- Simpson D. Medicine's Big Challenge: Doctors and Tobacco. Tobacco Control Resource Centre, 2000.
- Slama, K. Prevención y Control del Tabaquismo, Guía Para Países con Escasos Recursos Económicos, Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), 1998
- Smoking-Cessation Programme Motivates Russian Physicians to Assist Their Patients - and Themselves - Global Health & Environment Monitor, Invierno de 2004 (<http://www.ceche.org/communications/russian-cancer-cen.html>)
- Soto M, Valderrama J, Balcázar H. El proceso de abandono del tabaquismo: teoría, investigación y práctica. Gac Sanit 2001;15(Supl. 4): 49-54.
- The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Washington, D.C., 27 de mayo de 2004.
- Varga, V I. técnicas participativas PATRA la educación popular. Publicaciones Alforja, Costa Rica, 1992.
- Varona P, Soto G, García R, Bonet M, Álvarez M, Cordero I. Costos de atención a la salud de fumadores y no fumadores en Ciudad de la Habana y Santiago de Cuba, 2000-2001. Memorias de la Convención Internacional Salud Pública 2002, Ciudad de La Habana 1-4 de mayo; 2002. (Publicación electrónica CD ISBN 959 7164-08-6).
- West J, Hajek P, Belcher M. Severity of withdrawal symptoms as a predictor of outcome of an attempt to quit smoking. Psychological Medicine 1989: 981-985.

Anexos

Anexo 1 Encuesta.

Esta encuesta es totalmente confidencial y los resultados permitirán mejorar el trabajo en la promoción de salud en su comunidad, contribuyendo al conocimiento y erradicación de los hábitos de fumar y sus riesgos. Para ello es de vital importancia su participación, por lo que rogamos su colaboración y sinceridad en las respuestas.

Edad: _____ Sexo: _____

1. ¿Ha fumado usted en alguna ocasión?

Sí: _____ No: _____

En caso de responder afirmativo responda las siguientes preguntas marcando con una (X):

- Con qué intensidad fuma:

Permanentemente: _____

Casi siempre: _____

Ocasionalmente: _____

- ¿Qué tiempo lleva fumando?

0 - 1 Año: _____

1 - 3 Años: _____

3 - 5 Años: _____

más de 5 Años: _____

¿Qué lo motivó para comenzar a fumar?

2 ¿Conoce los riesgos que trae el hábito de fumar?

Sí: _____ No: _____

En caso de responder afirmativo:

- Cuáles son los riesgos que usted considera produce este comportamiento:

- Cuáles son las vías por las que ha recibido esta información:

Radio: ____	Televisión: ____
Médico de la Familia: ____	Prensa escrita: ____
Programas de promoción de salud: ____	Por la familia: ____
Por amigos: ____	Otras: _____
Cuáles: _____	_____
_____	_____

3 ¿Como valora usted el tratamiento que se le da al tema del hábito de fumar por parte de las instituciones de salud: .

Bien: _____ Regular: _____ Mal: _____

4 Existen una serie de problemas de salud que afectan de manera notable a la humanidad en los últimos 50 años. Marque con una (X) los que considere que dentro de sus causas está el hábito de fumar:

- Cáncer: _____
- Enfermedades cardiovasculares: _____
- Enfermedades cerebro vasculares: _____
- Bajo peso al nacer: _____
- Aborto: _____
- Enfermedades bucales: _____
- Enfermedades respiratorias: _____
- Enfermedades digestivas: _____
- Caída del cabello: _____

-
- Arrugas: _____
 - Osteoporosis: _____
 - Deformación de los espermatozoides: _____
 - Enfermedades de la piel: _____

5 ¿Cuáles son a su juicio las causas fundamentales que llevan al hábito de fumar?

6 El hábito de fumar trae una serie de riesgos para la salud humana. ¿Qué acciones educativas considera usted se deben tomar para combatir el hábito de fumar?:

7 Considera usted que fumar más de 10 cigarrillos al día es:

No Riesgoso _____ Riesgoso _____ Muy Riesgoso _____

8 Considera usted que el hecho de que otros fumen en un local donde usted se encuentra es:

No Riesgoso _____ Riesgoso _____ Muy Riesgoso _____
Riesgoso _____

Anexo 2 Guía de Entrevista.

Objetivo: Describir el conocimiento y la percepción del riesgo del hábito de fumar en la población mayor de 15 años del área centro de Sancti Spíritus.

- Hábitos y conductas riesgo.
- Conocimientos sobre efectos del consumo de tabaco.
- Riesgos que posee en la comunidad.
- Comportamiento y tratamiento de las instituciones de salud en el tema.
- Recomendaciones para el trabajo con el tema en la comunidad.

Anexo 3 Guía de Observación. Participante

Objetivo: Constatar el funcionamiento del grupo básico de salud y el tratamiento que recibe el tema.

Fecha:

Hora:

Lugar:

Participantes:

Aspectos a constatar	Sí	No
La asistencia es buena		
Existe cooperación en el trabajo		
La participación es activa		
Se proyectan soluciones a las problemáticas planteadas		
Se tienen en cuenta los criterios de la comunidad		
Se trabaja a partir del diagnóstico de salud del área		
El trabajo es interdisciplinario		

Otros datos de interés:

Anexo 4 Tablas.

Tabla 1

Hábito de Fumar por edades en el área centro del municipio Sancti Spíritus 2005-2007.

Edad	No	Si	Total	%
15-25 años	44	27	71	25,8
26-35 años	56	9	65	23,6
36-45 años	58	25	83	30,1
46 y más años	34	23	57	20,7
Total	192	84	276	100

n = 276

Tabla 2

Hábito de fumar por sexos en el área centro del Municipio Sancti Spíritus 2005-2007.

Sexo	No	Si	Total	% fumadores
Femenino	115	26	141	17
Masculino	77	58	135	33,1
Total	192	84	276	30,4

n = 276

Tabla 3

Intensidad del hábito de fumar por edades en el área centro del Municipio Sancti Spíritus 2005-2007.

Edad	Permanentemente	Casi siempre	Ocasionalmente	Total	%
15-25 años	6	12	9	27	32,1
26-35 años	1	4	4	9	10,7
36-45 años	10	11	4	25	29,8
46 y más años	3	13	7	23	27,3
Total	20	40	24	84	100
%	23,8	47,6	28,5	100	

n = 84

Tabla 4

Intensidad del hábito de fumar por sexos en el área centro del municipio Sancti Spíritus
2005-2007

Sexo	Permanentemente	Casi siempre	Ocasionalmente	Total	%
Femenino	13	7	6	26	30,9
Masculino	7	33	18	58	69,0
Total	20	40	24	84	100

n = 84

Tabla 5

Tiempo de fumar por edades en el área centro del municipio Sancti Spíritus
2005-2007

Edad	< 1 año	1-3 años	4-5 años	> de 5 años	Total	%
15-25 años	3	20	3	1	27	32,1
26-35 años	0	3	4	2	9	10,7
36-45 años	1	1	3	20	25	29,8
46 y más años	6	6	6	5	23	27,3
Total	10	30	16	28	84	100
%	11,9	35,7	19,0	33,3	100	

n = 84

Tabla 6

Tiempo de fumar por sexo en el área centro del municipio Sancti Spíritus
2005-2007

Sexo	< 1 año	1-3 años	4-5 años	> de 5 años	Total	%
Femenino	4	8	7	7	26	30,9
Masculino	6	22	9	21	58	69,1
Total	10	30	16	28	84	100

n = 84

Tabla 7

Motivos que refieren para comenzar a fumar por edades en el área centro del municipio Sancti Spiritus, 2005-2007.

Motivo 1	15-25 años	26-35 años	36-45 años	46 y más años	Total	%
Experimentar algo nuevo	1	1	1	0	3	3,6
La juventud	0	0	2	1	3	3,6
La soledad	0	0	2	3	5	5,6
Amistades fumadoras	8	1	1	4	14	16,7
Ansiedad	6	0	2	2	10	11,9
Desvelo	0	0	2	1	3	3,6
Embullo	3	3	4	0	10	11,9
Me gustó	2	0	1	1	4	4,8
No sabe	4	3	5	2	14	16,6
Seguir el ejemplo	3	1	1	6	11	13,0
Ver a mi esposo/a	0	0	4	3	7	8,3
Total	27	9	25	23	84	100

n = 84

Tabla 8

Motivos que refieren para comenzar a fumar por sexos en el área centro del municipio Sancti Spiritus, 2005-2007

Motivo 1	Femenino	Masculino	Total
Experimentar algo nuevo	1	2	3
La juventud	1	2	3
La soledad	2	3	5
Amistades fumadoras	6	8	14
Ansiedad	1	9	10
Desvelo	1	2	3
Embullo	4	6	10
Me gustó	0	4	4
No sabe	4	10	14
Seguir el ejemplo	3	8	11
Ver a mi esposo/a	3	4	7
Total	26	58	84

n = 84

Tabla 9

Conocimientos que dicen tener los encuestado sobre los riesgos del hábito de fumar según sexo en el área centro del municipio Sancti Spiritus, 2005-2007

Femenino	Masculino	Total	%
2	8	10	3,6%
139	127	266	96.3
141	135	276	100

n=276

Tabla 10

Conocimientos que dicen tener los encuestados sobre los riesgos del hábito de fumar según edad en el área centro del municipio Sancti Spíritus, 2005-2007

Conoce	15-25 años	26-35 años	36-45 años	46 y más años	Total
No	3	1	1	5	10
Si	68	64	82	52	266
Total	71	65	83	57	276

n=276

Tabla 11

Conocimientos sobre las consecuencias del hábito de fumar para la salud por edades en el área centro del municipio Sancti Spíritus, 2005-2007

Riesgos	15-25 años	26-35 años	36-45 años	46 y más años	Total	%
Cáncer de pulmón	23	27	23	18	91	32,9
Enfermedades	3	1	2	2	8	2,8
Afecciones respiratorias	6	2	11	9	28	10,1
Asma bronquial	4	1	2	0	7	2,6
Cáncer	18	21	23	16	78	28,2
Cardiovasculares y abortos	6	1	0	0	7	2,6
Carries dentarias	0	1	0	0	1	0,36
Daños a la salud	0	2	5	0	7	2,6
Daña los pulmones	2	3	1	1	7	2,6
Enfermedades graves	0	1	5	0	6	2,2
Mal aliento	1	1	0	5	7	2,6
Mal olor	1	0	2	4	7	2,6
Tuberculosis	1	3	3	0	7	2,6

n=276

Tabla 12

Conocimientos sobre las consecuencias del hábito de fumar para la salud por sexo en el área centro del municipio Sancti Spíritus, 2005-2007.

Riesgos	Femenino	Masculino	Total (%)
Cáncer de pulmón	45	46	91
Enfermedades	4	4	8
Afecciones respiratorias	14	14	28
Asma bronquial	3	4	7
Cáncer	43	35	78
Cardiovasculares y abortos	5	2	7
Carries dentarias	1	0	1
Daños a la salud	4	3	7
Daña los pulmones	5	2	7
Enfermedades graves	2	4	6
Mal aliento	2	5	7
Mal olor	2	5	7
Tuberculosis	2	5	7
Total	132	129	261

n=276

Tabla 13

Vías por la que ha recibido información sobre hábito de fumar por edades en el área centro del municipio Sancti Spíritus, 2005-2007

Edades	Radio			Médico de familia		
	No	Si	Total	No	Si	Total
15-25 años	5	66	71	11	60	71
25-35 años	4	61	65	9	56	65
36-45 años	10	73	83	18	65	83
46 y más años	6	51	57	12	45	57
Total	25	251	276	50	226	276
	Programas de Ed. para la Salud			Por amigos		
Edades	No	Si	Total	No	Si	Total
15-25 años	12	59	71	9	62	71
25-35 años	8	57	65	7	58	65
36-45 años	12	71	83	9	74	83
46 y más años	4	53	57	6	51	57
Total	36	240	276	31	245	276
	Televisión			Prensa escrita		
Edades	No	Si	Total	No	Si	Total

15-25 años	6	65	71	14	57	71
25-35 años	5	60	65	12	53	65
36-45 años	6	77	83	12	71	83
46 y más años	4	53	57	9	48	57
Total	21	255	276	47	229	276
Familia						
Edades	No	Si	Total			
15-25 años	7	64	71			
25-35 años	6	59	65			
36-45 años	6	77	83			
46 y más años	2	55	57			
Total	21	255	276			

n=276

Tabla 14

Vías por la que ha recibido información sobre hábito de fumar por sexos en el área centro del municipio Sancti Spiritus, 2005-2007

Sexo	Radio			Médico de familia		
	No	Si	Total	No	Si	Total
Femenino	12	129	141	24	117	141
Masculino	13	122	135	26	109	135
Total	25	251	276	50	226	276
Programas de Ed. para la Salud						
Sexo	Programas de Ed. para la Salud			Por amigos		
	No	Si	Total	No	Si	Total
Femenino	19	122	141	16	125	141
Masculino	17	118	135	15	120	135
Total	36	240	276	31	245	276
Televisión						
Sexo	Televisión			Prensa escrita		
	No	Si	Total	No	Si	Total
Femenino	10	131	141	23	118	141
Masculino	11	124	135	24	111	135
Total	21	255	276	47	229	276
Familia						
Sexo	Familia					
	No	Si	Total			
Femenino	13	128	141			
Masculino	8	127	135			
Total	21	255	276			

n=276

Tabla 15

Valoración personal del tratamiento que recibe por edades el hábito de fumar por las instituciones de salud en el área centro del municipio Sancti Spíritus, 2005-2007.

Valor 1				
Edades	Bueno	Malo	Regular	Total
15-25 años	30	23	18	71
25-35 años	34	17	14	65
36-45 años	40	24	19	83
46 y más años	20	25	12	57
Total	124	89	63	276

n=276

Tabla 16

Valoración personal del tratamiento que recibe el hábito de fumar por las instituciones de salud en el área centro del municipio Sancti Spíritus, 2005-2007.

Valor 1				
Sexo	Bueno	Malo	Regular	Total
Femenino	64	44	33	141
Masculino	60	45	30	135
Total	124	89	63	276

n=276

Tabla 17

Acciones educativas que recomiendan los encuestados para combatir el hábito de fumar en el área centro del municipio Sancti Spíritus, 2005-2007..

Acción	No.	%
Conversatorios	7	13
Educación de padres	8	14,8
Educación en el hogar	9	16,7
Charlas con videos	12	22,2
Difusión por radio	6	11,1
Divulgación masiva	7	13
Divulgación de los riesgos	5	9,3
Total	54	100

n=276

Tabla 18.

Percepción del riesgo del hábito de fumar. Área Centro. Municipio Sancti – Spíritus, 2005 – 2007.

Percepción del riesgo	No riesgoso		Riesgoso		Muy Riesgoso	
	No	%	No	%	No	%
Fumar 10 cigarrillos al día.	1	0.36	211	67.4	64	23.1
Fumar en otro local donde hay personas.	152	55.0	122	44.2	2	0.72

n = 276

Anexo 6 Listado de Expertos.

Nombre de los expertos	Datos generales
Dr Mariano Bonet Gorbea	Especialista de Segundo Grado en Epidemiología, Dr en Ciencias de la Medicina y Master con más de 30 años de experiencia con categoría docente de Investigador y Profesor Titular.
Dr Lázaro Morell León	Especialista de Segundo Grado en Higiene. Master en Ciencias de la Educación con más de 30 años de experiencia con categoría Docente de Profesor Titular.
Dr José Andrés Cabrales Escobar.	Especialista en Segundo Grado, Master en Epidemiología con más de 30 años de experiencia con Categoría Docente de Profesor Auxiliar.
Dra Aurora Novoa López	Especialista en Segundo Grado con más de 28 años de experiencia. Master y con Categoría Docente de Profesor Auxiliar.
Dr José Luis Lorenzo Rubio	Especialista en Segundo Grado en Neumología y Master con más de 20 años de experiencia con Categoría Docente de Profesor Auxiliar.
Dra Delsa Elena Morgado Marrero	Especialista en Segundo Grado en Estomatología. Master y Especialista en Promoción con más de 15 años de experiencia y con Categoría Docente de Profesor Auxiliar.
Lic. Nancy Herrera	Especialista en Promoción y Educación para la Salud. Master en Comunicación en Salud con más de 25 años experiencia y con categoría Docente de Profesor Asistente. Coordinadora Provincial del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo.
Lic. Sandra Hernández Quiñones.	Especialista y Master en Promoción y Educación para la Salud con más de 10 años

	de Experiencia y con Categoría Docente de Instructor.
Dra Nisdaly Valdez Pérez	Especialista en Primer Grado en Epidemiología y Master y Coordinadora del Programa Provincial de Enfermedades crónica no transmisibles y responsable del programa de Calidad de Vida con más de 13 años de experiencia.
Dra Esperanza Yudith Leal Cañizares.	Especialista en Primer Grado en Higiene y Epidemiología y Master con más de 13 años de experiencia con Categoría Docente de Profesor Auxiliar.
MSc. Berto Suárez Morales	Licenciado en Biología y master en Promoción de Salud, con categoría docente de Profesor asistente, con más de 14 años de experiencia en el trabajo de Educación para la Salud.
Dr. José González Ibarsabal	Especialista en Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Titular del Hospital Provincial de Sancti Spíritus con más de 25 años de experiencia.
Dra. Norma Rodríguez Gonzáles.	Especialista en Primer Grado en Epidemiología. Profesora Asistente con más de 20 años de experiencia.
Dra Oriá Susana	Especialista de Segundo Grado en Epidemiología. Profesora Titular y Master en Promoción de Salud. Jefa del Programa nacional de Tabaquismo.
DrC. Ana María Cepero Hernández	Master en comunicación en Salud. Jefa de los Servicios de Psicología y deshabituación tabáquica del Hospital Hermanos Armejeira con más de 18 años de experiencia.
Dra. Daisy Zulueta Martín	Especialista de Segundo Grado en Epidemiología y Nutrición. Jefa del departamento de Nutrición del Instituto Nacional de Higiene de los Alimentos. Profesora Titular con más de 20 años de experiencia. Integrante del Grupo Nacional de Investigación del MINSAP.

Anexo 7: Selección de Expertos.

Consigna: Estimado compañero usted ha sido seleccionado por sus conocimientos para participar en la investigación estrategia educativa para elevar el conocimiento y la percepción del riesgo del hábito de fumar en la población mayor de 15 años en el área centro Sancti Spiritus.

Objetivo: Seleccionar expertos teniendo en cuenta: Competencia del Experto, creatividad, disposición a participar en la encuesta, capacidad de análisis y de pensamiento y espíritu colectivista y autocrítico.

- 1- Sobre el conocimiento y la percepción del riesgo del hábito de fumar.
Cómo valoraría sus conocimientos en una escala del 0 al 10: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- 2- Cómo considera el logro de la intersectorialidad y la participación comunitaria en la acciones propuestas en una escala del 0 al 10: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- 3- Marque con una **X** las fuentes que considere han influidos más en le nivel del conocimiento que tiene sobre esta temática.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados.			
Experiencia como profesional.			
Trabajos de autores nacionales.			
Trabajos de autores extranjeros.			
Sus propios conocimientos sobre el estado del problema de investigación.			
Su intuición.			

Anexo 8.

Resultados de la valoración de la competencia de los expertos.

Experto	Kc	Ka	K:1/2Ka+Kc	Evaluación
1	0.9	1	0.95	Alto
2	1	1	1	Alto
3	1	1	1	Alto
4	0.9	1	0.95	Alto
5	1	1	1	Alto
6	1	1	1	Alto
7	0.8	1	0.9	Alto
8	1	0.9	0.95	Alto
9	1	0.8	0.9	Alto
10	0.8	1	0.9	Alto
11	0.7	0.7	0.7	Medio
12	0.9	0.7	0.8	Alto
13	1	1	1	Alto
14	0.5	0.8	0.7	Medio
15	0.6	0.7	0.65	Medio
16	0.5	0.7	0.6	Medio

Anexo 9.

Resultados de la corroboración por los expertos ronda 1.

Frecuencia absoluta

Ítem	Niveles					Total
	C1	C2	C3	C4	C5	
1	9	7	0	0	0	16
2	13	3	0	0	0	16
3	13	3	0	0	0	16
4	14	2	0	0	0	16
5	14	2	0	0	0	16
6	14	2	0	0	0	16

Frecuencia absoluta acumulada

Ítem	Niveles			
	C1	C2	C3	C4
1	9	16	16	16
2	13	16	16	16
3	13	16	16	16
4	14	16	16	16
5	14	16	16	16
6	14	16	16	16

Frecuencia relativa acumulada

Ítem	Niveles			
	C1	C2	C3	C4
1	0,5625	1,0000	1,0000	1,0000
2	0,8125	1,0000	1,0000	1,0000
3	0,8125	1,0000	1,0000	1,0000
4	0,8750	1,0000	1,0000	1,0000
5	0,8750	1,0000	1,0000	1,0000
6	0,8750	1,0000	1,0000	1,0000

α (de Cronbach) 0.9898

Puntuaciones de Z a partir del área bajo la curva normal

Ítem	Niveles				Suma	P	N-P	Nivel
	C1	C2	C3	C4				
1	0,157	7,934	7,934	7,934	23,961	5,990	-4,446	MS
2	0,887	7,934	7,934	7,934	24,691	6,172	-4,629	MS
3	0,887	7,934	7,934	7,934	24,691	6,172	-4,629	MS
4	1,150	7,934	7,934	7,934	24,954	6,238	-4,694	MS
5	1,150	7,934	7,934	7,934	24,954	6,238	-4,694	MS
6	1,150	7,934	7,934	7,934	24,954	6,238	-4,694	MS
Suma	5,382	47,608	47,608	47,608	148,208			
Puntos de corte	0,897	7,934	7,934	7,934				

N = 1,540

Niveles

$(-\infty; 0,897)$	$[0,897;7,934)$	$[7,934;\infty)$
Muy Satisfactorio	Bastante Satisfactorio	Satisfactorio

Coeficientes de correlación de Spearman

Ítem	1	2	3	4	5	6
1	-	1	1	1	1	1
2	-	-	1	1	1	1
3	-	-	-	1	1	1
4	-	-	-	-	1	1
5	-	-	-	-	-	1

Anexo 9a.

Resultados de la corroboración por los expertos ronda 2.

Frecuencia absoluta

Ítem	Niveles					Total
	C1	C2	C3	C4	C5	
1	11	5	0	0	0	16
2	12	4	0	0	0	16
3	12	4	0	0	0	16
4	15	1	0	0	0	16
5	13	3	0	0	0	16
6	12	4	0	0	0	16

Frecuencia absoluta acumulada

Ítem	Niveles			
	C1	C2	C3	C4
1	11	16	16	16
2	12	16	16	16
3	12	16	16	16
4	15	16	16	16
5	13	16	16	16
6	12	16	16	16

Frecuencia relativa acumulada

Ítem	Niveles			
	C1	C2	C3	C4
1	0,6875	1,0000	1,0000	1,0000
2	0,7500	1,0000	1,0000	1,0000
3	0,7500	1,0000	1,0000	1,0000
4	0,9375	1,0000	1,0000	1,0000
5	0,8125	1,0000	1,0000	1,0000
6	0,7500	1,0000	1,0000	1,0000

α (de Cronbach)= 0,9946

Puntuaciones de Z a partir del área bajo la curva normal

Ítem	Niveles							
	C1	C2	C3	C4	Suma	P	N-P	Nivel
1	0,488	3,719	3,719	3,719	11,645	2,911	-2,512	MS
2	0,674	3,719	3,719	3,719	11,831	2,957	-2,558	MS
3	0,674	3,719	3,719	3,719	11,831	2,957	-2,558	MS
4	1,534	3,719	3,719	3,719	12,691	3,172	-2,773	MS
5	0,887	3,719	3,719	3,719	12,044	3,011	-2,611	MS
6	0,674	3,719	3,719	3,719	11,831	2,957	-2,558	MS
Suma	4,933	22,314	22,314	22,314	71,875	17,969		
Puntos de corte	0,822	3,719	3,719	3,719	11,979	2,994		

N = 0,3993

Niveles

$(-\infty; 0,822)$	$[0,822;3,719)$	$[3,719;\infty)$
Muy Satisfactorio	Bastante Satisfactorio	Satisfactorio

Coefficientes de correlación de Spearman

Ítem	1	2	3	4	5	6
1	-	1	1	1	1	1
2	-	-	1	1	1	1
3	-	-	-	1	1	1
4	-	-	-	-	1	1
5	-	-	-	-	-	1
