



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TESIS

INFLUENCIA DEL APOYO EDUCATIVO EN LA DISMINUCIÓN DEL TABAQUISMO
EN ALUMNOS DE UNA ESCUELA SECUNDARIA

PRESENTA:

Cynthia Guadalupe Valdes Frausto

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS
AREA ENFERMERÍA**

TUTOR:

M.C.E. José Manuel Rodríguez Ramírez

COTUTOR:

M.C.O. Elizabeth Casillas Casillas

Aguascalientes, Aguascalientes, 13 de junio de 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

CYNTHIA GUADALUPE VALDES FRAUSTO
MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que ha cumplido con los siguientes requisitos; a) Participación como ponente en un congreso, b) Asistente a dos congresos de su área de formación, c) La aceptación o publicación de un artículo. d) Su trabajo de tesis, titulado:

"INFLUENCIA DEL APOYO EDUCATIVO EN LA DISMINUCIÓN DEL TABAQUISMO EN ALUMNOS DE UNA ESCUELA SECUNDARIA"

Los requisitos para su titulación han sido revisados y aprobados por su tutor y el consejo académico, se autoriza continuar con los trámites para obtener el grado de **Maestría en Ciencias Biomédicas, área Enfermería**.

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 13 de junio del 2013.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ccp. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar.
ccp. Mtra. Guadalupe Valdés Reyes / Jefa de Departamento de Apoyo al Posgrado.
ccp. Archivo.

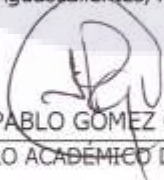



DICTAMEN DE REVISIÓN DE LA TESIS / TRABAJO PRÁCTICO

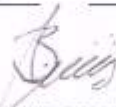
DATOS DEL ESTUDIANTE	
NOMBRE: CYNTHIA GUADALUPE VALDES FRAUSTO	ID (No. de Registro): 1746
PROGRAMA: MAESTRIA EN CIENCIAS BIOMEDICAS	ÁREA: ENFERMERIA
TUTOR/TUORES: M.C.E. JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ RAMÍREZ	
COTUTOR: M.C.O. ELIZABETH CASILLAS CASILLAS	
TESIS (<input checked="" type="checkbox"/>)	TRABAJO PRÁCTICO (<input type="checkbox"/>)
OBJETIVO: DETERMINAR CÓMO INFLUYE EL AE EN LA DISMINUCIÓN DEL TABAQUISMO EN ALUMNOS DE UNA ESCUELA SECUNDARIA	
DICTAMEN	
CUMPLE CON CRÉDITOS ACADÉMICOS:	(<input checked="" type="checkbox"/>)
CONGRUENCIAS CON LAS LGAC DEL PROGRAMA:	(<input checked="" type="checkbox"/>)
CONGRUENCIA CON LOS CUERPOS ACADÉMICOS:	(<input checked="" type="checkbox"/>)
CUMPLE CON LAS NORMAS OPERATIVAS:	(<input checked="" type="checkbox"/>)
COINCIDENCIA DEL OBJETIVO CON EL REGISTRO:	(<input checked="" type="checkbox"/>)

Aguascalientes, Ags. a 13 de JUNIO de 2013

FIRMAS


MAE JUAN PABLO GOMEZ CARDONA
CONSEJERO ACADÉMICO DEL ÁREA


MCO JAIME BERNAL ESCALANTE
SECRETARIO TÉCNICO DEL POSGRADO


DR. LUIS FERNANDO BARBA GALLARDO
SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN
Y POSGRADO

Código: FO-040200-23
Revisión: 00
Emisión: 21/02/11



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
Departamento de Enfermería



ANIVERSARIO
UAA

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente como Tutor designado de la estudiante CYNTHIA GUADALUPE VALDES FRAUSTO con ID 1746 quien realizo la tesis titulada INFLUENCIA DEL APOYO EDUCATIVO EN LA DISMINUCION DEL TABAQUISMO EN ALUMNOS DE UNA ESCUELA SECUNDARIA, y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia, me permito emitir el VOTO APROBATORIO, para que ella pueda proceder a imprimirla, y así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 12 de Junio de 2013

M.C.E. José Manuel Rodríguez Ramírez

Tutor de tesis

M.C.O. Elizabeth Casillas Casillas

Cotutora de tesis

c.c.p.- Interesado
c.c.p.- M.C.M. Luis Fernando Barba Gailardo. Secretario de Investigación y Posgrado
c.c.p.- L.E. Isela Yolanda Ramírez Flores. Jefa del Departamento de Enfermería
c.c.p.- M.C.E. Juan Pablo Gómez Cardona. Consejero Académico
c.c.p.- M.C.O. Jaime Bernal Escalante. Secretario Técnico



AGRADECIMIENTOS

Al personal docente y administrativo de nuestra casa de estudios Universidad Autónoma de Aguascalientes, principalmente a los maestros José Manuel Rodríguez Ramírez, Víctor Federico Rodríguez Nava y Juan Pablo Gómez Cardona.

A la Profra. Bertha Ramírez Muñoz y Profr. Guillermo de Lira González, miembros de la Coordinación General del Centro de Desarrollo Educativo Jesús María, Aguascalientes, por el apoyo y confianza brindados.

Al Profr. José Luis de Lira González y la Profr. Evangelina Hernández Fuentes, autoridades de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 del Municipio Maravillas, Jesús María, Aguascalientes, así como al personal de prefectura por permitirme compartir su área de trabajo y aplicar el Apoyo Educativo a sus estudiantes.

A mis asesores estadísticos L.S.P. Ana Berenice Salas Sánchez y P.M.C. Nicolás Alejandro Hernández Delgadillo, por compartir sus conocimientos y por la disponibilidad y amabilidad que siempre me brindaron, muchas gracias.

Un agradecimiento muy especial a mi tutor y director de tesis el M.C.E. José Manuel Rodríguez Ramírez por la dedicación y entrega que me brindo desde el inicio de esta investigación, de corazón le agradezco su tiempo, apoyo, conocimientos y asesoría brindada, así como su trato siempre amable, muchas gracias.

Al Departamento de Crédito y Becas del Gobierno del Estado de Aguascalientes, por el apoyo brindado para la realización de esta investigación.

DEDICATORIA

A DIOS

A mi hija Kamilita

A Antonieta

A mi esposo Gerardo

A mis papás y hermanos

A mi amiga Diana Piña

A mis compañeras: Silvita, Lupita, Lula

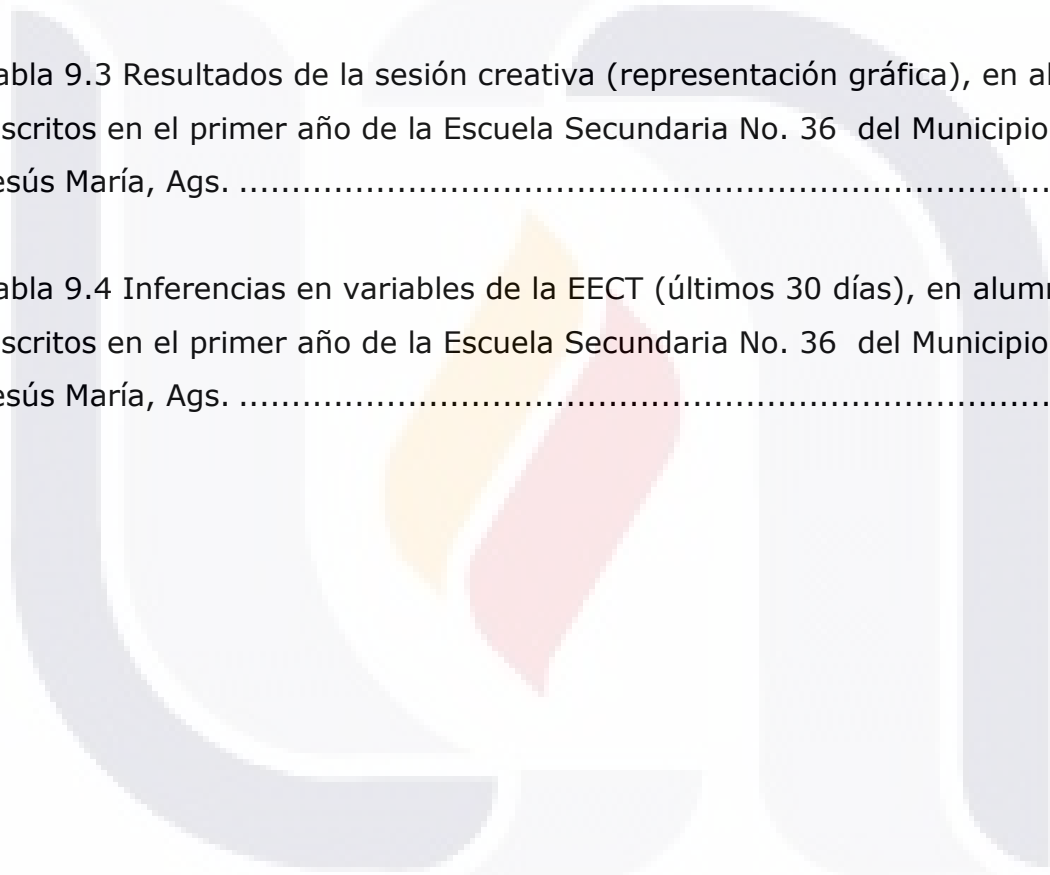


INDICE GENERAL

Resumen	4
Summary.....	5
I. Introducción	6
II. Justificación	8
III. Planteamiento del problema	12
IV. Marco teórico conceptual.....	17
4.1 tabaquismo	17
4.2 teoría del déficit del autocuidado, modelo de enfermería de dorotea elizabeth orem	24
4.3 apoyo educativo y tabaquismo	33
V. Hipótesis	36
VII. Metodología	38
7.1 tipo de estudio	38
7.2 diseño metodológico	38
7.3 límites de tiempo y espacio	38
7.4 universo	38
7.5 muestra.....	38
7.6 instrumento	39
7.7 procedimientos.....	40
7.8 análisis estadístico	41
7.9 recursos humanos.....	41
7.10 recursos financieros	41
VIII. Consideraciones éticas y legales	42
XI. Resultados.....	45
X. Discusión	51
XI. Conclusión	54
XII. Comentarios y sugerencias	55
XIII. Bibliografía	56
XV. Anexos	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 9.1 Variables Sociodemográficas en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria No. 36 del Municipio de Jesús María, Ags.....	45
Tabla 9.2 Patrones de Consumo de Tabaco en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria No. 36 del Municipio de Jesús María, Ags.....	47
Tabla 9.3 Resultados de la sesión creativa (representación gráfica), en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria No. 36 del Municipio de Jesús María, Ags.	48
Tabla 9.4 Inferencias en variables de la EECT (últimos 30 días), en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria No. 36 del Municipio de Jesús María, Ags.	49



INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 9.1 Edad de inicio de consumo de tabaco por primera vez, en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria # 36 del Municipio de Jesús María, Ags. 50



RESUMEN

Existe evidencia de consumo de tabaco desde hace más de dos mil años. Actualmente alcanza carácter de epidemia, constituyendo un grave problema sanitario a nivel mundial. Una medida de protección, según la evidencia científica, es implementar programas de prevención para disminuir enfermedades y muertes que resultan o son atribuibles al hábito del tabaquismo. **Objetivo:** Determinar cómo influye el Apoyo Educativo (AE) en la disminución del tabaquismo en alumnos de una escuela secundaria pública. **Materiales y Métodos:** Estudio Experimental, Analítico, Prospectivo, Longitudinal: Ensayo no controlado antes-después (o de intervención). Muestreo por conveniencia, realizado en Escuela Secundaria Técnica No. 36, Municipio de Jesús María, Aguascalientes. Instrumento utilizado: "Escala Exploratoria del Consumo de Tabaco". Se llevaron a cabo dos mediciones, una primera medición pre-AE y segunda medición post-AE, tres meses después de impartido el AE. El AE comprendió dos sesiones teóricas y una creativa. Análisis estadístico de datos con el programa PASW Statistics, versión 18. **Resultados:** Según mediciones pre y post-AE, incremento de personas que dejaron de fumar (*exfumadores*) del 3.4%; *frecuencia de consumo de tabaco ocasionalmente* incrementó 3.5% pasando del 9.9% al 13.4%; *ha intentado dejar de fumar* incrementó 7.1%; *molestia porque fumen cerca de ellos* incrementó 4.6%; representación gráfica más expresada *muerte lenta* con 56.7%, edad de inicio de consumo de tabaco entre 9 y 11 años de edad. **Conclusión:** El AE "Más claro sin humo" constituyó una efectiva herramienta preventiva en consumidores de tabaco; sin embargo, no influyó positivamente en la prevención del consumo de tabaco por primera vez. El tabaquismo continúa siendo un problema de salud alarmante, ya que se presenta a edades más tempranas reflejándose así en la población en estudio. Un lugar idóneo para la aplicación lo constituye la escuela, reforzando así su papel de factor de protección.

Palabras clave: Tabaquismo, estrategia educativa, estudiantes.

SUMMARY

There has been evidence of tobacco consumption for more than two thousand years. Currently, it reaches the character of an epidemic, constituting a serious health problem worldwide. A measure of protection, based on scientific evidence, is to implement prevention programs to reduce illness and death result of smoking. **Objective:** Measure the influence of the Educational Support (Apoyo Educativo, in Spanish: AE) in the reduction of smoking and its consuming habits. **Materials and Methods:** An Experimental, Analytical, Prospective, Longitudinal: uncontrolled trial before - after (or intervention) study. Convenience sampling, conducted in the Technical Secondary School No. 36, Municipality of Jesús Maria, Aguascalientes. Instrument used: "Exploratory Scale of Tobacco Consumption". A pre-AE and a post-AE measurement were conducted three months later. The AE covered two theoretical sessions and a creative one. Statistical analysis of data with the SPSS statistics program, ver. 18. **Results:** Based in a pre-AE and a post-AE measurements, increased of people quiet smoking (*ex-smoker*) population to 3.4%; increased *occasionally tobacco consumption* to 3.5% from 9.9% to 13.4%; *has tried smoking* increased from 7.1%; *nuisance because smoking near them* increased to 4.6%; most graphic representation expressed with 56.7% *slow death*, age of first use of tobacco between 9 and 11 years old. **Conclusion:** The AE is an effective tool for consumers of snuff; however the positively influenced not prevent the consumption of snuff for the first time. Smoking remains as an alarming health problem, statistics show that the age of first use of tobacco occurs at a younger age being reflected in the study population. The school is the ideal place for its the application, reinforcing its protective role.

Keywords: Smoking, educational support, students.

I. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es considerado un grave problema de salud pública, acarrea consigo graves consecuencias sociales como ruptura familiar, debido a la muerte prematura y en edad productiva del proveedor de la familia (padre y/o madre de 35 a 69 años de edad), así como baja calidad de vida, desnutrición, ausentismo laboral y escolar en los niños y adolescentes (por ser fumadores activos o pasivos)¹. Además de ser una droga legal y de inicio, que funciona como antecesor para otras, sin embargo es una adicción prevenible². El principal objetivo de la industria tabacalera, es el consumo de tabaco por niños y adolescentes, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 la edad de inició es entre los 11 y 13 años de edad³. Los programas de mercadotecnia están basados en la promoción de los diversos productos tabáquicos que ofrecen (masticables, inhalados, chupados o esnifados), promoviéndolo como un producto símbolo de moda y madurez, no dañino, (un claro ejemplo es el cigarro light), aprovechando la vulnerabilidad de la edad para ser aceptados por un grupo en la sociedad, aunque esto signifique la práctica de un hábito no saludable.

Estudio Experimental, Analítico, Prospectivo, Longitudinal: Ensayo no controlado antes-después (o de intervención)⁴ de 2 mediciones, el cual se llevó a cabo en el periodo comprendido entre los meses de octubre 2012 a Febrero de 2013 en la Escuela Secundaria Técnica No. 36 (EST No.36), municipio de Jesús María, Aguascalientes.

Se tomaron en consideración a todos los estudiantes de 1er grado, Turno Matutino, inscritos en el año escolar agosto 2012 – julio 2013 de dicha institución. Se llevó a cabo la aplicación de un Apoyo Educativo (AE) nombrado: “Más claro sin Humo”, dirigido a los estudiantes, en donde se desarrollaron los temas referentes a dicha adicción, principalmente: Daños al Estado de Salud y Estilo de Vida Saludable; tuvo una duración de 2 sesiones

teóricas y 1 sesión creativa de 50 minutos cada sesión, es decir 3 horas clase según la institución.

La investigación, tuvo como objetivo medir cómo influye el AE en la disminución y en los hábitos de consumo de tabaco entre los estudiantes. El instrumento utilizado para llevar a cabo las mediciones fue la Escala Exploratoria de Consumo de Tabaco (EECT)⁵, que consta de 15 ítems de opción múltiple, el cuál fue auto-administrado. Se realizaron 2 mediciones: la primera previa al AE "Más claro sin humo" y la segunda 3 meses posteriores a su aplicación.

Este estudio tiene el referente de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. Orem define el objetivo de enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidados para conservar la vida y la salud o recuperarse de una enfermedad o afrontar las consecuencias". Describe también la Teoría de los Sistemas de Enfermería, la cual explica la manera en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, se identifican tres tipos: Totalmente compensador, Parcialmente compensador y Apoyo Educativo, este último es utilizado cuando la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, comprende cinco métodos de asistencia, uno de los cuales es el de Enseñar a otro, utilizado para aquellas personas que necesitan desarrollar sus conocimientos y habilidades particulares. El empleo de este método requiere que la enfermera conozca con precisión lo que la persona ayudada necesita saber y utilizar los métodos de enseñanza apropiados⁶.

II. JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo, es una enfermedad que afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad, estrato social o religión, por lo cual se ha convertido en una epidemia. En la actualidad, el consumo de tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados y comienza a serlo en los países en vías de desarrollo, no sólo por su magnitud, sino por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los enormes costos económicos y sociales que genera.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es responsable de más muertes en el mundo que el virus de la inmunodeficiencia humana, el alcohol, la tuberculosis, los accidentes automovilísticos, los incendios, los suicidios y los homicidios considerados conjuntamente, anualmente ocurren más de 600,000 entre personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco y es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas, como lo es el cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares⁷.

En total, la epidemia de tabaquismo mata cada año a casi 6 millones de personas, de proseguir esa tendencia, para 2030 la cifra aumentará hasta más de 8 millones anuales. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo⁸.

La epidemia avanza ahora hacia el mundo en desarrollo donde, en el curso de los próximos decenios, se producirá más de 80% de las defunciones relacionadas con el tabaco. Este cambio de rumbo obedece a una estrategia de comercialización mundial en los países en desarrollo que permite a la industria tabacalera llegar a los niños, adolescentes, jóvenes y adultos buscando un aumento de las tasas de prevalencia de tabaquismo, así como un comienzo temprano del hábito. Además, como actualmente la mayoría de las mujeres no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

consumen tabaco, la industria tabacalera se dirige a ellas persuasivamente para acceder a ese posible mercado nuevo⁷.

En México, el tabaquismo se considera un problema prioritario de salud ya que diariamente fallecen 165 personas por causas atribuibles al tabaco, 60,000 muertes anuales, según datos del Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo⁹.

La ENA 2008 revela que para Octubre del 2009, Aguascalientes era considerado el primer estado de la República en cuanto al porcentaje de la población que es fumador activo³.

Como antecedente se encuentran principalmente estudios realizados en Estados Unidos, entre ellos "Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey"¹⁰ realizado en el 2003 y "Feasibility of implementing intervention methods in a adolescent worksite tobacco control study"¹¹ en el 2004, estas investigaciones reportan la realización de intervenciones escolares de tipo preventivo, su objetivo consistió en ayudar a reducir y/o controlar el consumo de tabaco entre los estudiantes. Este tipo de estudios han mostrado tener un impacto positivo de tipo moderado, así como la modificación de conductas, conocimientos y actitudes relacionadas a su consumo¹².

El estudio realizado en el 2002 por Teplin y cols. titulado "Cost-effectiveness of a schoolbased tobacco-use prevention program", sugiere que dichas intervenciones son además costo/efectivas al estimar que la intervención previno que 34.9% de los estudiantes se volviera fumador dependiente, lo que resultó en un ahorro de 327,140 dólares en cuidados médicos y 8,482 dólares de ahorro por individuo en cuidados para mejorar la calidad de vida¹³.

En México existe el antecedente de un estudio exitoso titulado "Efectividad de un programa de prevención de tabaquismo en escolares mexicanos" en 1997, el cual evaluó la efectividad de un programa de prevención de consumo de tabaco realizado en escolares de primaria, cuyos resultados sugieren que el desarrollo de habilidades conductuales reduce la prevalencia de experimentación de tabaco y promueve el cese en quienes ya lo consumen¹⁴.

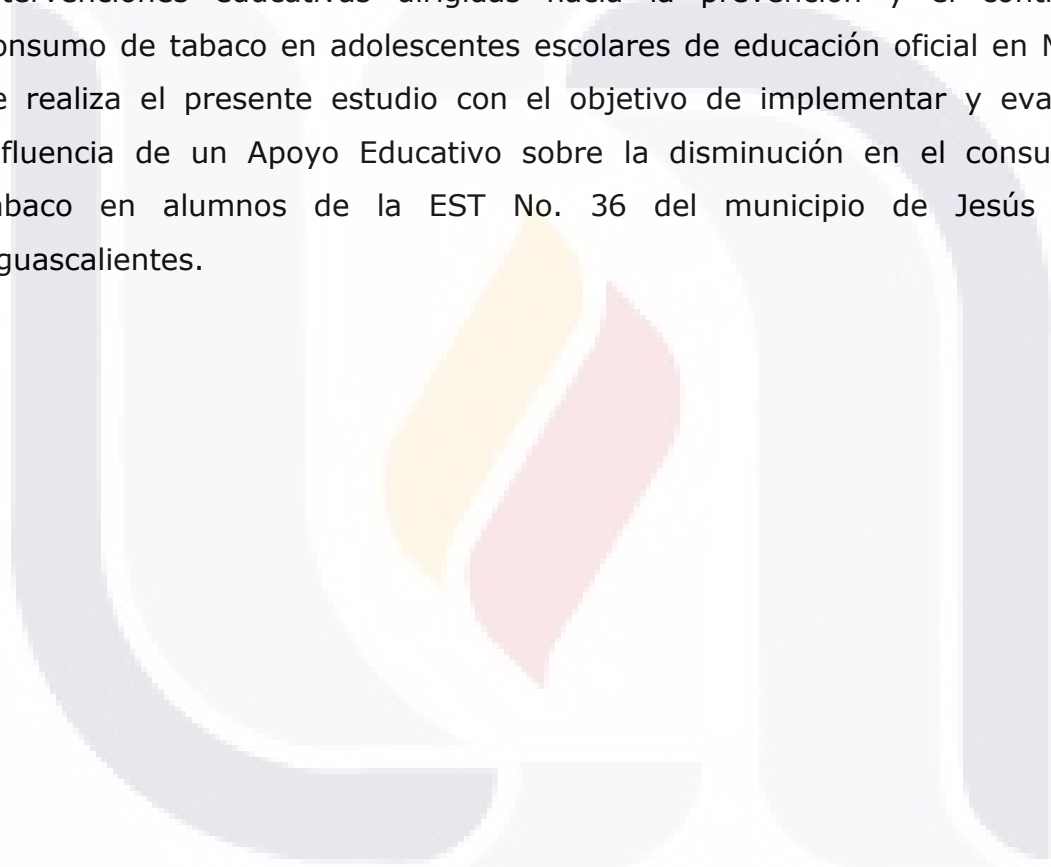
En un estudio realizado por Rodríguez Ramírez y cols. en el 2011 "Prevalencia de Consumo de Tabaco en Estudiantes de Bachillerato" obtuvieron como resultados que el promedio de edad de inicio del consumo de tabaco es a los 14.3 años para los fumadores activos y ex fumadores, 2.8 años más temprano que los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA), lo cual es predictor del consumo de otras sustancias, casi la mitad de la población fumadora (48%) no se abstiene de consumir tabaco en lugares prohibidos, a pesar de la existencia del Reglamento sobre Consumo de Tabaco que prohíbe su consumo en lugares públicos¹⁵.

Otro estudio realizado por Nuño-Gutiérrez, B. L. en el 2008 titulado "Efecto de una intervención antitabaco en estudiantes de enseñanza media superior en Guadalajara, México" concluyeron que la intervención implementada resultó ineficaz para fumadores moderados, por lo que se tendría mayor efecto preventivo si se aplicaran en estudiantes de educación básica y media básica, en quienes el consumo de tabaco aún tiene un impacto inicial¹⁶.

El estudio "Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes", realizado en el 2010 por Nazira Calleja y cols., concluye que "la combinación de los programas preventivos de la adicción al tabaco para mujeres adolescentes contruidos en este estudio con la aplicación de principios psicosociales y la utilización de tecnología computacional, disminuyeron la susceptibilidad tabáquica de las participantes, así como la

mayoría de las variables. Además, sus efectos persistieron durante un periodo de cuatro meses”. También concluyen que “Las chicas en riesgo tabáquico que cambien su susceptibilidad como consecuencia de su participación en estos programas evitarán las consecuencias del consumo de tabaco y ganarán años de vida sana para ellas y sus descendientes”¹⁷.

Teniendo en cuenta lo anterior, y ante los pocos antecedentes de intervenciones educativas dirigidas hacia la prevención y el control del consumo de tabaco en adolescentes escolares de educación oficial en México, se realiza el presente estudio con el objetivo de implementar y evaluar la influencia de un Apoyo Educativo sobre la disminución en el consumo de tabaco en alumnos de la EST No. 36 del municipio de Jesús María, Aguascalientes.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco se inicia hace más de dos mil años, pero en el siglo XX alcanza carácter de epidemia y se constituye en un grave problema sanitario a nivel mundial dado que se expande traspasando fronteras, sin respetar razas, ni culturas⁸.

Es una enfermedad crónica caracterizada por el consumo habitual de tabaco, es decir una adicción, también es considerado un factor de riesgo asociado a múltiples enfermedades.

El hombre ha causado la epidemia de tabaquismo que es totalmente prevenible. Aun así, menos de 10% de la población mundial vive en países que protegen como es debido a su población mediante alguna de las intervenciones normativas clave que han permitido reducir sustancialmente el consumo de tabaco en los países que las han aplicado⁸.

La OMS estima mil millones de fumadores en el mundo, el 20% son mujeres; sin embargo, esta cifra va en camino de aumentar⁸. Uno de cada dos fumadores que comienzan a fumar en edad temprana y continúan haciéndolo durante toda su vida de forma regular, morirán probablemente a mediana edad, perdiendo alrededor de 22 años de vida saludable⁹. Es por esto que actualmente, la OMS considera al tabaquismo como la principal causa evitable de discapacidad, enfermedad y muerte prematura¹⁸.

Las estadísticas marcan lo siguiente⁸:

- Cada 8 segundos muere una persona por una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- El tabaco representa el primer contaminante de los pulmones: 20 cigarrillos fumados corresponden con el primer nivel de alerta de contaminación en la ciudad.
 - 8 millones de personas en el mundo podrían morir cada año a causa del tabaco de aquí a 2030 según un informe publicado por la OMS en 2008.
 - El 80% de estas muertes se producirían en países en vías de desarrollo.
 - Entre 80.000 y 100.000 jóvenes de todo el mundo se convierten en adictos al tabaco cada día.

Durante siglos, el consumo de tabaco ha sido acusado de ser perjudicial para la salud, a mediados del siglo XX la información científica se consolida y se encuentra evidencia de la relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de múltiples enfermedades secundarias, entre ellas⁸:

- El 80% de las víctimas de infarto de miocardio menores de 45 años son fumadores.
- El tabaco es el principal factor de riesgo de variados tipos de cáncer; el 90% de los cánceres de pulmón, boca y el tracto respiratorio, están provocados por el tabaco⁸.

La atención de estas enfermedades representa un elevado costo para las organizaciones políticas y de salud, además de que es una de las principales causas de muerte en edades productivas y disminuye e/o incapacita la productividad en los enfermos. De acuerdo con la OMS, las familias de escasos recursos ocupan hasta 10% del gasto familiar para adquirir tabaco¹⁸.

El sistema de monitoreo de tabaquismo en México¹⁹ conformado por la Encuesta Nacional contra las Adicciones 2008 (ENA 2008), Encuesta Global de Tabaquismo en Jóvenes (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) 2008, la Encuesta Tabaco en Jóvenes (ETJ) 2008 y la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (Global Adult Tobacco Survey, GATS) 2009 reportan los siguientes datos¹⁹:

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- En México existen 14 millones de fumadores, si el país no logra revertir esta tendencia, la mitad de ellos morirán a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco según (ENA 2008).
 - 72% de los 14 millones de fumadores desean dejar de fumar, pero sólo 10% ha logrado hacerlo (GATS 2009).
 - En nuestro país, cada año mueren 60 mil personas por causas atribuibles al tabaco, lo que representa 165 muertes al día.
 - El problema del tabaquismo en jóvenes representa un reto para la Salud Pública de México. La prevalencia se ha incrementado entre los jóvenes: en 2003, 19.9% de los jóvenes entre 13 y 15 años eran fumadores, en 2006 la prevalencia en este rango de edad, creció al 24.9 % (GYTS 2008).
 - Los estudiantes de entre 13 y 15 años inician el consumo de tabaco a edades cada vez más tempranas: entre el 8 y el 15% probó su primer cigarro antes de los 13 años (GYTS 2008).
 - 7.6% de los estudiantes de entre 13 y 15 años padece de adicción a la nicotina (fuman más de 6 cigarros al día) (ETJ 2008).
 - Más del 50 % de los adolescentes entre 13 y 15 años en México, han experimentado con el cigarro, al menos una vez en su vida. (ETJ 2008).
 - Las razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores.
 - En 2002, entre el grupo de adolescentes, fumaban tres hombres por una mujer; sin embargo, la epidemia se ha feminizado y de acuerdo a cifras del 2008, no existe diferencia en el consumo de tabaco entre hombres y mujeres, y en algunas entidades federativas el consumo es mayor entre mujeres (ENA 2002 y 2008).
 - En el ámbito nacional, los fumadores activos consumen nueve cigarrillos al día en promedio (GATS).
 - En México se consumen aproximadamente 52,000 millones de cigarrillos por año.
 - Entre 5% y 15% de los estudiantes de secundaria han consumido algún producto del tabaco diferente al cigarro como pipa, puros, tabaco para inhalar o mascar.

Los estudios arrojan que la esperanza de vida de un fumador aumenta 9 años si deja de fumar antes de los 40 años; 6 años si deja de fumar antes de los 50 años, 3 años si deja de fumar antes de los 60 años²⁰.

El incremento del tabaquismo en mujeres jóvenes, cobra relevancia si tomamos en cuenta que la adicción a la nicotina es más severa en el sexo femenino y que existe mayor susceptibilidad al desarrollo de enfermedades.

El hábito de fumar comienza desde edades muy tempranas, el promedio de iniciación es de los 12 años: A la edad de 11 a 13 años, realizan sus primeras experiencias de forma clandestina y por curiosidad. El hábito comienza por mimetismo social, queriendo aparentar madurez y el deseo de "sentirse adultos".

La ENA 2008, revela que para Octubre del 2009, el 30.1 de la población de Aguascalientes entre los 12 y 65 años de edad (aproximadamente 191 mil personas) eran considerados fumadores activos, lo que convirtió al estado en el de mayor prevalencia en el consumo de tabaco en el país³.

La carga económica que las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), así como los costos sociales derivados de la muerte prematura y la pérdida de productividad, además de los ingresos no recibidos debido a la situación anterior y los costos médicos realizados para atender las enfermedades y sus complicaciones, representan para el sistema mexicano de salud un gasto catastrófico.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) reporta que los costos anuales de atención médica atribuibles al consumo activo de tabaco en México, por tan sólo cuatro de las enfermedades más estudiadas, estimaron para 2009 montos que van entre 23 mil millones de pesos hasta a 43 mil millones de pesos¹⁸.

De acuerdo con estudios internacionales (OMS/MPOWER 2008), los países en desarrollo destinan a la atención médica de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco entre el 6% y el 15% del gasto anual en salud. Tomando en cuenta estos datos, se estima que para México la presión de gasto total anual del sistema de salud por la atención de las enfermedades asociadas al tabaco, asciende a cerca de 45 mil millones de pesos, cifra consistente con los datos señalados con anterioridad¹⁸.

La OMS, ha señalado repetidamente que el tabaquismo es una adicción con efectos catastróficos sobre la salud. A pesar de los múltiples esfuerzos e iniciativas que durante años se han puesto en marcha, el consumo de tabaco sigue aumentando. Es posible que ello se deba, al menos en parte, a que las medidas y actuaciones dirigidas a combatir esta adicción no acaban de asumirse, ni por las administraciones públicas ni por muchos profesionales sanitarios, como una verdadera y urgente prioridad asistencial, médica y social.

Por lo antes expuesto, resulta urgente encaminar diversas estrategias dirigidas a:

- Evitar el inicio del hábito tabáquico en adolescentes principalmente.
- Propiciar que los ex-fumadores se mantengan libres de humo de tabaco el resto de su vida.
- Informar y defender a través de la legislación los derechos de los no fumadores a respirar un aire libre de humo de tabaco.
- Proporcionar a los fumadores la ayuda y el tratamiento necesarios para abandonar el tabaquismo y rehabilitarse.

De lo anterior surge la interrogante de investigación:

¿Cómo influye el apoyo educativo en la disminución del tabaquismo en alumnos de una Escuela Secundaria?

IV. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

4.1 TABAQUISMO

Se entiende por adicción al consumo desmedido, compulsivo e incontrolable a una sustancia, en éste caso la nicotina, la cual causa en el organismo una dependencia física y psicológica²¹.

El tabaquismo, es una enfermedad crónica caracterizada por el consumo habitual de tabaco, actualmente es considerada una adicción a la nicotina del tabaco y también un factor de riesgo asociado a múltiples enfermedades. El tabaco es considerado una droga de inicio, los fumadores que inician tempranamente su adicción tienen grandes posibilidades de iniciarse y experimentar en el consumo de otras drogas y sufrir problemas con el abuso de sustancias².

El tabaco se asocia con múltiples enfermedades, además es el principal factor de riesgo de cáncer de pulmón, boca o tracto respiratorio y enfermedades respiratorias como bronquitis, enfisema, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) e infartos al miocardio²².

Según la OMS, constituye la principal causa evitable de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo actual. Por sus consecuencias sanitarias, los elevados costos económicos y sociales que implica, representa un importante problema de salud pública¹⁸.

En la actualidad la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestran que el tabaco y la nicotina, son sustancias que inducen a la adicción; los adolescentes utilizan el tabaquismo como droga de inicio o entrada, pues es una sustancia "legal", de fácil acceso en la sociedad. A partir

de esta experiencia, comienza el contacto con infinidad de sustancias nocivas a la salud³.

La OMS reconoce que el tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible en el mundo, que en México provoca más de 165 muertes al día, y que ocasiona graves daños a la salud, el medio ambiente y la economía tanto de fumadores como de no fumadores, constituyendo uno de los mayores problemas de Salud Pública en nuestro país⁹.

De acuerdo con la OMS, en el Siglo XX ocurrieron 100 millones de muertes atribuibles al tabaco y estima que, para el 2030 será un billón. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reporta que a largo plazo, los fumadores tienen 50% de probabilidad de morir como consecuencia de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, y de éstas, casi la mitad ocurrirá entre la población de 35 a 69 años⁸.

El consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas al año y es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. La mitad de los fumadores morirán prematuramente de una enfermedad relacionada con el tabaco⁸.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT /OMS) es un tratado internacional que fue adoptado en mayo de 2003, por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud²². El CMCT es el primer instrumento jurídico destinado a reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas al tabaco en todo el mundo. El Convenio contiene disposiciones que establecen normas y directrices internacionales para el control del tabaco en las siguientes áreas: precio del tabaco y aumento de los impuestos correspondientes, venta a y por menores, publicidad y patrocinio del tabaco, etiquetado, comercio ilícito y tabaquismo pasivo.

Este Convenio, fue convocado el 1 de mayo de 2004 en Ginebra y entro en vigor el 27 de febrero de 2005 para los primeros 40 países que lo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ratificaron, entre los cuales México fue el primer país de las Américas en adherirse. Durante el año siguiente, mientras estuvo abierto a la firma, 167 países y la comunidad europea lo firmaron y 23 países se convirtieron en partes contratantes, lo que se significa que es uno de los tratados de las Naciones Unidas que se ha adoptado con mayor rapidez²².

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT/OMS) establece un piso mínimo de regulación del tabaco, a fin de proveer el marco normativo necesario para controlar la epidemia de tabaquismo y coordinar esfuerzos entre países para enfrentar este grave problema de salud pública a escala mundial, con énfasis en aquellas políticas que permitan reducir la demanda de tabaco, así como la prevalencia del consumo y la exposición de la población al humo de tabaco²².

Para hacer frente a la amenaza que representa el tabaquismo, y en apego a lo dispuesto en el CMCT/OMS, las acciones se han centrado en cuatro estrategias fundamentales:

1. Prevención
2. Promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco
3. Control y la regulación de los productos del tabaco
4. Promoción del abandono y tratamiento para dejar de fumar.

Entre las medidas más importantes de control del tabaco que se tomaron en cuenta durante el tratado cabe citar:

- La protección de los niños y los jóvenes del tabaco, basada sobre todo en evitar que empiecen a fumar.
- La ayuda a los fumadores para que dejen el hábito.
- La protección de los no fumadores frente a la exposición al humo ajeno.
- La regulación de los productos del tabaco.

En la mayor parte del mundo industrializado, el tabaco es la droga más accesible para cualquier ciudadano, ya sea adulto, joven o adolescente, tanto en lo que se refiere a la facilidad de adquisición como de consumo.

La globalización ha logrado que este tipo de productos se propaguen fácilmente, mediante anuncios y todo tipo de publicidad. Logran entrar a la mente de la gente llegando a tal demanda que su uso se vuelve habitual y cotidiano hasta llegar a la necesidad de sí. Además de que el cigarrillo se ha puesto de moda y es común verlo casi en cualquier lugar.

El tabaco es fácil de conseguir, su venta se encuentra desde expendios, hasta máquinas automáticas. Además es una droga legal, se vende en bares, restaurantes, supermercados, etc. Es un producto que se encuentra a la mano en cualquier sitio, a cualquier hora del día y la noche³.

El tabaco tiene principalmente 2 ventajas de consumo sobre las otras drogas: es socialmente aceptada y es de consumo legal lo que contribuye a que sea más utilizado. Para caracterizar a la población mexicana con respecto al consumo de tabaco, según la ENA 2011 se utilizaron las siguientes definiciones²³:

- Fumador activo: persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber fumado durante el último año, que voluntariamente se expone al humo, al fumar cigarrillos.
- Ex fumador: persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año.
- Nunca ha fumado: persona que contestó no haber fumado en la vida.

El humo del tabaco en el ambiente se deriva de la denominada fuente principal (fumador activo) y la colateral (aerosol de la combustión del tabaco). De esta última se deriva casi 85% del humo en un espacio cerrado, con una composición similar a la que se exponen los fumadores activos. Aunque el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

humo colateral se diluye en el aire la exposición es constante, además de mantener niveles elevados de carcinógenos y agentes tóxicos. Se ha observado que el humo del tabaco incrementa el riesgo de daños a la salud del fumador involuntario, por ejemplo cáncer pulmonar e infarto agudo del miocardio, infecciones respiratorias y asma, éstas, especialmente en los hijos de padres fumadores⁷.

El principal lugar de exposición al humo del tabaco sigue siendo la casa, lo que conlleva la necesidad urgente de fomentar la educación en la familia para reducir el número de fumadores que exponen a sus miembros y a un conocido agente nocivo. Hay aproximadamente 31 millones de personas expuestas a los daños a la salud causados por el tabaco, lo que representa poco menos de la tercera parte de la población total de México¹⁹.

El día 31 de mayo de cada año, la OMS celebra el día Mundial sin tabaco, con el objetivo de mostrar la importancia de la lucha contra la epidemia del tabaquismo como principal causa de muerte prevenible en el mundo.

La estrategia MPOWER de la OMS incluye las seis políticas más eficaces que pueden poner freno a la epidemia de tabaco²⁴:

1. **M**onitoring: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
2. **P**rotecting: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco
3. **O**ffering: Ofrecer ayuda para poder dejar de consumir tabaco
4. **W**arning: Advertir de los peligros del tabaco
5. **E**nforcing: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
6. **R**aising: Elevar los impuestos al tabaco

En México, de la población que ha muerto, por enfermedades isquémicas del corazón se ha presentado un aumento a 49.5%. En tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón; enfermedades cerebrovasculares; y crónicas de las vías respiratorias inferiores, se observa una disminución relativa a 5.6%,

25.0%; y 18.4% respectivamente¹⁹. El Gobierno Mexicano ha tomado medidas en pro de la disminución de las enfermedades producidas por el tabaco, entre ellas la Ley General de Salud (LGS) en su artículo 188 ²⁵ dice:

La Secretaria de Salud, los Gobiernos de las Entidades Federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinaran para la ejecución del programa contra el tabaquismo, que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:

- i. La Prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo.
- ii. La Educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos y la prohibición de fumar en el interior de los edificios públicos propiedad del gobierno federal, en los que alberguen oficinas o dependencias de la federación y en aquellos en los que se presten servicios públicos de carácter federal, con excepción de las áreas restringidas reservadas en ellos para los fumadores.

Hasta 2008, la legislación para el control del tabaco se encontraba principalmente en la LGS. Atendiendo a las recomendaciones del CMCT/OMS, México trabajó en una nueva iniciativa de ley: la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT)²⁶, aprobada por la cámara de diputados y senadores en diciembre 2008 y que entró en vigor en agosto de 2008. Su reglamento fue publicado hasta el 31 de mayo de 2009 y entro en vigor hasta el 30 de junio del mismo año. La mayoría de la legislación para el control del tabaco en México con excepción de los impuestos, está bajo la LGCT. Esta ley contempla 6 apartados que establecen las atribuciones de la autoridad para hacer promoción, prevención y tratamiento a través del Programa Nacional para el Control del Tabaco (Art. 7) y legisla el comercio, la distribución y el suministro de los productos de tabaco (Art. 14), el empaquetado y etiquetado (Art. 18), la

publicidad, promoción y el patrocinio (Art. 23), el consumo y la protección contra la exposición al Humo de Tabaco Ajeno (HTA) (Art. 26), las medidas para combatir la producción ilegal y el comercio ilícito (Art. 30). También promueve la participación ciudadana (Art. 35) y establece las estrategias de vigilancia sanitaria, denuncia ciudadana y sanciones para el adecuado cumplimiento de la ley (Art. 36)²⁶.

Teniendo en cuenta las provisiones establecidas en el CMCT /OMS, esta ley tiene tres grandes debilidades: la primera es que permite zonas exclusivamente para fumar en el interior de los espacios 100% libres de humo de tabaco. Aunque el reglamento especifica las características de dichos lugares, en la realidad es difícil implementar y vigilar su cumplimiento. La segunda es que deroga los artículos de la LGS, que describían las características que debía tener la publicidad de los productos del tabaco, omite la facultad de la SSA para autorizar los contenidos de la publicidad del tabaco y permite la publicidad en revistas para adultos, en el interior de los establecimientos para adultos y la comunicación personal por correo postal. La tercera, se refiere al tamaño destinado para la colocación del pictograma, el cual es el mínimo establecido en el artículo 11 del CMCT/OMS (30% de la cara anterior) respecto de las recomendaciones. Estas nuevas características de las advertencias sanitarias ya han sido aprobadas y deberán ser exhibidas en todo empaquetado y etiquetado externos de los productos de tabaco que se comercializan en México de productos de tabaco a partir del 25 de septiembre de 2010²⁶.

El 26 de febrero de 2008 la Ciudad de México aprobó la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores del Distrito Federal²⁷. Esta legislación que entró en vigor el 3 de abril de 2008. Es una legislación integral que promueve los ambientes 100% libres de humo de tabaco, acorde con las recomendaciones del CMCT y la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones²⁸ indican:

Donde NO se puede fumar:

- Se prohíbe fumar en todos los locales de uso público cerrados sin ninguna excepción, tanto en los bares como en restaurantes.
- No se podrá fumar en los parques infantiles y áreas o zonas de juego para la infancia.
- Tampoco se podrá fumar los espacios cubiertos o al aire libre de los espacios pertenecientes a establecimientos sanitarios.
- Desaparecen también las zonas para fumadores de los aeropuertos.
- Se prohíbe en todos los medios de comunicación la emisión de programas o de imágenes en los que los presentadores o invitados aparezcan fumando o hagan cualquier tipo de mención productos asociados al tabaco. Esta ley no incluye las películas o series.

La simple promulgación de normas carece de efectividad, si no se acompaña de medidas que nos ayuden a reducir el número de fumadores en la sociedad, y los factores de protección que podemos desarrollar. Se entiende como factor de protección a un atributo o característica, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas. Entre estos factores de protección se encuentra la educación.

4.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO, MODELO DE ENFERMERÍA DE DOROTEA ELIZABETH OREM

La Teoría del Modelo del Déficit de Autocuidado de Orem ha alcanzado un alto nivel de aceptación por parte de la comunidad enfermera²⁹. Es una propuesta universal se puede utilizar en todos los lugares y medios: en el campo asistencial, siempre que existan personas con problemas reales o potenciales de déficit de auto cuidado; trabajos de investigación demostrando su valides, para la organización y gestión de los cuidados enfermeros⁶.

El núcleo central del modelo Orem es que las personas requieren de cuidados de enfermería cuando sus necesidades de cuidado exceden (o se prevé que puedan exceder) su propia capacidad de satisfacerlas. Los cuidados enfermeros están determinados por la falta de capacidad de la persona y no por el tipo o complejidad que requiere la realización de los mismos.

Orem contempla la enfermería como un servicio de ayuda, que centra su atención en asistir a las personas para lograr su auto cuidado a través del proceso de enfermería. Los cuidados de enfermería se dirigen a satisfacer las demandas de autocuidado hasta que la agencia de autocuidado, o la agencia de cuidado dependiente, sea la adecuada para satisfacer las demandas u hasta que estas desaparezcan.

Para Orem el cuidado es el campo del conocimiento de la enfermería y es servicio que este grupo profesional ofrece a la sociedad.

La teorista define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí, se explica mediante tres estructuras teóricas (sub-teóricas independientes): la teoría de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería³⁰.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO: Mediante ella se explica el por qué las personas necesitan llevar a cabo acciones intencionadas y organizadas, relacionadas con su sahnjyu789lud, para asegurar la promoción y mantenimiento de la vida, el desarrollo humano y la regulación de las situaciones que suponen un obstáculo para la supervivencia. Esta teoría es fundamental para comprender las dos siguientes, en ellas se encuentran las explicaciones sobre la razón de ser de la enfermería como profesión. La describe como la teoría básica dentro de la teoría general³⁰.

El Autocuidado. Es la práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, su funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar.

La idea fundamental de la teoría de Orem se basa en el concepto de autocuidado como requerimientos que sienten y satisfacen todas las personas para vivir en salud y desarrollarse como seres humanos. Cuando estos cuidados no son cubiertos, sobrevienen los problemas de salud. En esta situación las personas requieren cuidados de enfermería cuando sus necesidades de cuidados exceden (o se prevé que puedan exceder) su propia capacidad para satisfacerlas³⁰.

El cuidado dependiente. Es la práctica de actividades que las personas responsables y maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o de manera continuada, para mantener la vida y contribuir a su salud y bienestar³⁰.

Los sistemas de autocuidado o de cuidado dependiente tienen la misma finalidad que los cuidados de salud y los cuidados enfermeros. Se describen en el concepto de cuidados³⁰:

- Apoyar los procesos vitales y el funcionamiento normal.
- Mantener el crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevenir la incapacidad o procurar su compensación.
- Promocionar el bienestar.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Mediante el desarrollo de esta teoría describe y concreta el objeto exacto de los cuidados enfermeros. Ofrece las explicaciones sobre los elementos que hay que utilizar para identificar cuándo y por qué causas una persona, un grupo o comunidad,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

necesitan ser ayudados por las enfermeras a través de la enfermería. La describe como el elemento crítico dentro de la teoría general.

Esta teoría es el núcleo central del modelo de Orem. Establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud que le incapacita para el autocuidado continuo cuando la demanda de acción para el autocuidado es mayor que la capacidad de la persona para actuar, es decir, cuando la persona no tiene los conocimientos y/o la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado determina cuando es necesaria la enfermería³⁰.

Demanda de Autocuidado Terapéutico. Se refiere a la totalidad de medidas de cuidados necesaria en momentos específicos o durante un periodo de tiempo, para cubrir todos los requisitos de autocuidado conocidos de una persona, caracterizados por las condiciones y circunstancias existentes. Para ello se utilizan métodos apropiados para controlar o manejar los factores identificados en los requisitos que son reguladores del funcionamiento humano (suficiente agua, aire, alimento) y satisfacer el elemento de actividad del requisito (mantenimiento, provisión, prevención y promoción). Implica la realización de acciones para mantener la salud y el bienestar. La demanda de autocuidado terapéutico va variando a lo largo de la vida influida por los cambios en los factores básicos condicionantes, entre los que se encuentra el estado de salud.

La demanda de autocuidado se basa en el autocuidado como función reguladora y describe la situación en la que se encuentra la persona en los aspectos estructurales, funcionales y de desarrollo. Los autocuidados son considerados como un elemento fundamental que puede mejorar o producir bienestar en una determinada situación de mal funcionamiento y/o en enfermedad³⁰.

Agencia de Autocuidado. Este concepto está íntimamente ligado con el concepto de autocuidado y se describe como la habilidad adquirida por la persona madura o en proceso de maduración, de conocer o satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con un propósito concreto, para desarrollar su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agencia de Cuidado Dependiente. Se describe como las capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de personas socialmente dependientes de ellas, o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas. Se trata de actuar de la misma manera que la agencia de autocuidado, con la única diferencia que supone realizar algo de otro y para otro.

Limitaciones de Autocuidado. Conjunto de influencias humanas y ambientales restrictivas, dentro de los marcos temporales, para el desempeño personal de la investigación, juicio y toma de decisiones y producción de operaciones de autocuidado. Las limitaciones de autocuidado se pueden interpretar como manifestaciones de lo que impide a la persona desarrollar la acción intencionada para proporcionarse la cantidad y calidad de autocuidados que necesita en las condiciones presentes y futuras. Se diferencian limitaciones de autocuidado de tres tipos³⁰.

1. De conocimiento: estas hacen referencia sobre el propio funcionamiento, las necesidades y acciones de autocuidado.
2. Para hacer juicios y tomar decisiones.
3. Para ocuparse en cursos de acción para el logro de resultados.

Déficit de Autocuidado. Es la relación que se establece entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado terapéutico, en las que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la agencia de autocuidado, no son

operativos o adecuados para conocer o satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista³¹.

Agencia de Enfermería. Son las capacidades desarrolladas por las personas educadas como enfermeras que las facultan para representarse a sí mismas como enfermeras y, dentro del marco de una legítima relación interpersonal, actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y a regular el desarrollo y ejercicio de su agencia de autocuidado.

Una de las suposiciones previas de las que parte la Teoría de Sistemas de Enfermería, es, que la enfermería es un esfuerzo práctico que realizan las enfermeras durante cierto tiempo para personas concretas, siempre que sus limitaciones para el autocuidado o cuidado dependiente estén relacionadas con la salud o se deriven de ella³⁰.

B. TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA O TEORÍA DEL SISTEMA DE CUIDADOS ENFERMEROS: Con esta teoría explica en qué consiste el cuidado enfermero, describe cómo utilizar el conocimiento enfermero y el modo de llevar a cabo los cuidados enfermeros para ayudar a las personas que necesitan atención enfermera. La describe como el componente organizativo dentro de la teoría general.

La existencia de un déficit de autocuidado es la razón que legitima la necesidad de cuidados enfermeros. Las personas con limitaciones o incapacidades para cubrir sus requisitos de autocuidado son pacientes legítimos de las enfermeras ya que necesitan ayuda para cubrir las demandas de autocuidado. Los elementos para planificar y llevar a cabo la ayuda enfermera se desarrollan en la teoría del sistema de enfermería.

Sistemas de Enfermería. Son series y secuencias de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras, realizadas en un determinado

momento en coordinación con acciones de sus enfermos, para conocer y cubrir los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidados³².

I. Sistemas de Enfermería Totalmente Compensadores

Se necesitan cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad / limitación. En este caso, la enfermera actúa en lugar del enfermo tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado.

1. Para personas con incapacidad para realizar cualquier acción intencionada.
2. Para personas que están conscientes y con capacidad para tomar decisiones sobre sus autocuidados, y pueden realizar acciones que requieran movimientos y manipulaciones.
3. Para personas con incapacidad para tomar decisiones sobre sus autocuidados pero que pueden ser capaces de realizar alguna medida de autocuidado³⁰.

II. Sistemas Parcialmente Compensadores

En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado. El grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente: de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere (tanto si las limitaciones son consecuencia de las situaciones la persona, como si se han prescrito), de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica. Los roles del paciente y la enfermera son complementarios. La enfermera sustituye las limitaciones del enfermo y este acepta la ayuda de la enfermera y se hace cargo de algunas acciones de autocuidados³⁰.

III. Sistema de Apoyo-Educación

Llamado también sistema de apoyo-desarrollo, es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o puede y debería aprender a realizar medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente pero que no pueden hacerla sin ayuda. Este sistema es apropiado cuando el paciente puede realizar las medidas de cuidados pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo. El protagonista de las acciones es el paciente, la enfermera se convierte en apoyo³⁰.

Métodos de ayuda. La Teoría de los sistemas de Enfermería contempla 5 métodos de ayuda, Orem los describe como métodos comunes en todas las situaciones de ayuda.

Orem, define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo³⁰.

I. Actuar para otra persona o hacer algo por ella

Este método trata de hacer algo para otra persona o por ella. Es necesario que la enfermera emplee habilidades para el logro de los resultados específicos que requiere la persona que precisa ayuda. Si la persona esta consiente, este método de ayuda debe utilizarse mediante un proyecto de cooperación entre la persona ayudada en la enfermera, que debe compartir con la persona ayudada lo que tiene que hacer, lo que va hacer para ella, como lo va hacer y con qué finalidad.

II. Guiar a otro

Se utiliza cuando la persona ayudada debe hacer elecciones sobre un curso de una acción o seguir el curso de la acción con dirección o supervisión. Es necesario que tanto la persona ayudada como la enfermera este en comunicación continua. La persona ayudada tiene que estar motivada y se capaz de realizar los cuidados requeridos, y la enfermera debe guiarla y dirigirla en forma de sugerencias, instrucciones, dirección o supervisión.

III. Apoyar a otro

Es una forma valida de ayuda cuando el paciente se enfrenta a algo desagradable o doloroso. El paciente debe ser capaz de realizar correctamente la acción una vez que ha recibido el soporte físico o psicológico necesario. Incluye proporcionar recursos materiales.

IV. Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo

Este método requiere que la enfermera proporcione, o ayude a proporcionar, las condiciones ambientales, psicológicas o físicas que motiven a la persona ayudada a establecer los objetivos apropiados y a ajustar sus comportamiento para lograr los resultados especificados en los objetivos. Los resultados deseables incluyen la forma o cambios de actitudes y valores, la utilización adecuada de habilidades, el ajuste del autoconcepto y el desarrollo.

V. Enseñar a otro

Se utiliza para aquellas personas que necesitan desarrollar sus conocimientos y habilidades particulares. Para que se produzca el aprendizaje es necesario que la persona que tiene que aprender esté en disposición de hacerlo, para lo cual tiene que ser consciente de lo que sabe y no sabe y tener interés por aprender. El empleo de este método requiere de que la enfermera

conozca con precisión lo que la persona ayudada necesita saber y utilizar los métodos de enseñanza apropiados en muy importante considerar lo que se enseña, de manera informal, con las actitudes enfermeras, muchas veces tiene tanto efecto como lo que se enseña estructurada y reglada mente.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Apoyados en la Teoría de los Sistemas, específicamente en el método de ayuda apoyo- educación se supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

4.3 Apoyo educativo y Tabaquismo

El sistema de Apoyo-Educación es el apropiado cuando el paciente puede realizar las medidas de autocuidado pero necesita guía, soporte o enseñanza. El papel de la enfermera es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, a través del método de ayuda Enseñar a otro y se utiliza para aquellas personas que necesitan desarrollar sus conocimientos y habilidades particulares.

Los adolescentes se encuentran en un ambiente vulnerable para su salud, rodeados de las estrategias de consumo que la industria tabacalera crea, dirige y ofrece hacia ellos principalmente; son incapaces de identificar la infinidad de problemas que el tabaquismo conlleva.

La única manera de realmente proteger la salud es la implementación de ambientes cerrados 100% libres de humo de tabaco el objetivo de la restricción de fumar en espacios cerrados es proteger al no fumador, y no discriminar al fumador. Por esto es importante implementar estrategias educativas, que permitan disminuir y explicar las consecuencias del tabaquismo pasivo en la salud para ir generando conciencia social.

La enfermera desempeña el rol de proporcionar conocimientos descriptivos y explicativos para un entorno favorable en el desarrollo personal. El diseño de los sistemas de enfermería es dinámico, cambia a medida que varía la situación (demanda de autocuidado), en el caso de los fumadores activos y pasivos es importante que obtengan el conocimiento de las enfermedades que pueden desarrollar a causa del tabaquismo y sobretodo que son prevenibles si se dejan a tiempo.

La Política MPOWER Nº 3 ofrece ayuda para poder dejar de consumir tabaco, tres de cada cuatro fumadores conscientes de los peligros del tabaco quieren dejar de fumar. Sólo el 5% de la población mundial dispone de servicios completos para el tratamiento de la dependencia del tabaco. A los fumadores les resulta difícil abandonar su hábito sin ayuda, y la mayoría debe recurrir a ella para superar su dependencia. Los sistemas de atención de salud de los países son los principales responsables de ofrecer el tratamiento para la dependencia del tabaco²⁴.

De acuerdo a la evidencia científica disponible y a diversas recomendaciones internacionales, la implementación de estrategias educativas representa una medida de protección. La educación es una de las principales estrategias aprobadas por las distintas organizaciones tanto nivel mundial, nacional y estatal, ésta incluida en los diferentes Programas que apoyan la prevención, disminución y desaparición de muertes y enfermedades producidas por el consumo de tabaco.

En las últimas décadas se han desarrollado numerosos programas de prevención del consumo de tabaco cuya aplicación se efectúa en la escuela, la cual constituye el recurso más valioso para la lucha antitabaco, ya que es la única institución a la que los niños y los jóvenes asisten todos los días³³.

La enfermera será la encargada de que el adolescente obtenga las capacidades de autocuidado de tipo cognoscitivo, habilidad y motivación, necesarias para la producción y práctica de las acciones dirigidas a sí mismo o a su ambiente, que le permitan satisfacer los requisitos de autocuidado, a través del método Enseñar a otro.



V. HIPÓTESIS

Hi (Hipótesis de investigación)

El AE influye positivamente en la disminución del tabaquismo en alumnos de una escuela secundaria.



VI. OBJETIVOS

General:

Determinar cómo influye el AE en la disminución del tabaquismo en alumnos de una escuela secundaria.

Específicos

- Medir la prevalencia de consumo de tabaco previo a la implementación del AE.
- Medir la prevalencia de consumo de tabaco posterior a la implementación del AE.
- Medir patrones de consumo de tabaco entre los estudiantes, previo a la implementación del AE.
- Medir patrones de consumo de tabaco entre los estudiantes, posterior a la implementación del AE.
- Medir la prevalencia de Fumadores Activos, Ex-Fumadores y Nunca Fumadores, previo a la implementación del AE.
- Medir la prevalencia de Fumadores Activos, Ex-Fumadores y Nunca Fumadores, posterior a la implementación del AE.
- Implementar un programa de AE a los estudiantes.
- Medir edad promedio de inicio de consumo de tabaco por primera vez.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

Experimental, Analítico, Prospectivo, Longitudinal.

7.2 Diseño Metodológico

Ensayo no controlado antes-después (o de intervención)⁴.

7.3 Límites de tiempo y espacio

La investigación se llevó a cabo en el periodo octubre 2012 a febrero de 2013 en la EST No. 36 Municipio de Jesús María, Ags.

7.4 Universo

Estuvo integrado por la totalidad de alumnos de 1er Grado (226 alumnos) de la EST No. 36 Municipio de Jesús María, Ags.

7.5 Muestra

Por disponibilidad, estuvo conformada por 213 alumnos.

Se seleccionaron a los estudiantes de acuerdo a los siguientes criterios.

a) Criterios de inclusión

- Pertener a la plantilla de alumnos de primer grado Turno Matutino de la EST No. 36 Municipio de Jesús María, Ags; inscritos en periodo escolar agosto 2012- julio 3013.

b) De no inclusión o exclusión

- Alumnos que se den de baja durante el periodo en que se realice la investigación.
- Alumnos que no asistan durante el periodo en que se realice la investigación por enfermedad u otra causa.

c) De eliminación

- Alumnos que abandonen la investigación o no asistan a la plática de AE.

7.6 Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento denominado "Escala Exploratoria de Consumo de Tabaco" (EECT) (anexo no. 1), cuyo objetivo fue el de evaluar la prevalencia y patrones de consumo de tabaco entre los estudiantes de la Escuela Secundaria. La EECT constituye un estrato del utilizado en la ENA 2008, también incluye la Escala de Fagerstrom⁵, test utilizado de manera internacional y por la Secretaria de Salud (SSA), específicamente el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) el cual se utilizó para medir el grado de dependencia a la nicotina.

La EECT consta de 3 partes: la primera integrada por 4 ítems de identificación del estudiante (edad, grado, ocupación y sexo).

La segunda parte integrada por 9 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), los reactivos son nominales, ordinales, opción múltiple o dicotómico si/no. Se analizan dependiendo de los objetivos. La pregunta 1 se refiere a prevalencias "alguna vez en la vida". Las preguntas 2, 3, 6 y 7 proporcionan datos de prevalencia actual y experimentación o uso regular de tabaco. La 4ª pregunta emplea el criterio internacional para identificar a un fumador: 100 o más

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cigarros. La 5ª preguntase refiere a la edad de inicio se analiza como predictor del consumo de otras sustancias; "a menor edad, mayor riesgo. Con la pregunta 7 se analizan la disposición para dejar de fumar y con las dos siguientes 8 y 9 la exposición pasiva/activa al humo de tabaco ajeno.

La tercer parte integrada por 6 ítems (10, 11, 12, 13, 14, 15) de tipo opción múltiple, se trata del test Fagerstrom utilizado de forma internacional para medir la dependencia física de la nicotina.

La Fiabilidad y Validez del instrumento: En la escala original, el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en tres muestras clínicas oscilo de 0.56 a 064. La adaptación Mexicana (tropicalización), obtuvo un coeficiente de consistencia interna de .97⁵.

7.7 Procedimientos

1. Autorización por parte de las autoridades de la institución educativa EST No. 36, Jesús María, Aguascalientes.
2. Aplicación del instrumento EECT a los estudiantes de 1er Grado Turno Matutino (medición pre- AE).
3. Aplicación del AE denominado "Más claro sin Humo" el cual tuvo una duración de 2 sesiones teóricas y 1 sesión creativa de 50 minutos cada sesión, a los estudiantes de 1er Grado Turno Matutino.
4. Muestra de resultados parciales a las autoridades educativas de la Escuela Secundaria.

5. Aplicación del instrumento EECT, a los estudiantes que conformaron la muestra, 3 meses posteriores a la aplicación del AE (medición post-intervención).

6. Muestra de resultados finales a las autoridades educativas de la EST No. 36.

7.8 Análisis Estadístico

Se llevó a cabo estadística descriptiva (porcentajes, frecuencias y Desviación Estándar (D.E.) e inferencial, Razón de Momios (RM) con ayuda del programa PASW Statistics ver. 18.

7.9 Recursos Humanos

- Responsable: L.E.O. Cynthia Guadalupe Valdes Frausto
- Tutores:
José Manuel Rodríguez Ramírez
M.C.O. Elizabeth Casillas Casillas
- Asesores Estadísticos:
L.S.P. Ana Berenice Salas Sánchez
M.C. Nicolás Alejandro Hernández Delgadillo
- Participantes: Estudiantes de la Escuela Secundaria.

7.10 Recursos Financieros

La investigación fue autofinanciada (apéndice F).

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Esta investigación se consideró de riesgo mínimo ya que sólo se utilizaron variables de índole psicológica. Antes de la realización del estudio, se solicitó a las autoridades escolares su anuencia. Se manifestó a los estudiantes el carácter voluntario de su participación y se aseguró la confidencialidad de la información.

La investigación se basó en el capítulo III Programa contra el Tabaquismo⁹, en los artículos 188, 189 y 190 de la LGS²⁵, en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial³⁴ y en los principios de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

El artículo 188 de la LGS establece en las fracciones²⁵:

- I. Prevención y tratamientos originados por el tabaquismo.
- II. Educación de los efectos del tabaquismo en la Salud

El artículo 189: Acciones contra el tabaquismo entre ellas

- Investigación
- Educación Familiar.

El artículo 190: El Sistema Nacional de Salud promoverá acciones contra el tabaquismo, orientación y apoyo a fumadores.

Además en la LGS en materia de investigación para la salud (SSA, 1987) que incluyeron (título segundo) en los artículos 13°, 17° y 23°, menciona la prevalencia del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar; el consentimiento informado protegiendo la privacidad del individuo, y el pleno conocimiento a los procedimientos a los que fue sometido, teniendo libre elección de participar o abandonar el estudio.

La Declaración de Helsinki establece³⁴:

- No se debe presionar a las personas a participar.
- La honradez y la imparcialidad son necesarios para llevar a cabo los estudios.
- El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.
- Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
- En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear.
- Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.
- La investigación debe ser llevada a cabo por una persona calificada en el estudio, justificable con los beneficios de los resultados.
- El investigador tiene la responsabilidad de publicar los resultados exactos de su investigación.

La investigación se basa en los principios de:

- **Beneficencia**, que implica no hacer daño a los pacientes³⁵.
- **Respeto**, a la dignidad humana, que se refiere al derecho libre de participar en el estudio, así como a ser informados en caso de participar en los posibles riesgos y beneficios del estudio³⁶.
- **Justicia**, que se refiere al trato justo y a la privacidad, incluyendo la confidencialidad de la información³⁷.

El estudio no implica riesgos para los participantes, el propósito, objetivos, duración, metodología, beneficios y suspensión del estudio si se presentaran efectos negativos se explica en forma detallada. Se omitió el nombre de los participantes del estudio, guardando su identidad, las autoridades institucionales autorizan su participación en la investigación.



XI. RESULTADOS

Se estudiaron 213 alumnos inscritos en el primer año de la EST No. 36 del Municipio de Jesús María, Aguascalientes. En la tabla 9.1 se describen las variables sociodemográficas; el rango de edad fue entre 11 y 15 años con una media de 12.04 años; la ocupación laboral tuvo un incremento del 13.6%, pasando del 27.2% al 40.8% entre la medición pre y post-AE.

Tabla 9.1 Variables Sociodemográficas en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria No. 36 del Municipio de Jesús María, Ags.

VARIABLE	N		%	
Edad				
11	6		2.8	
12	156		73.2	
13	43		20.2	
14	5		2.3	
15	3		1.4	
Total	213		100.0	
Trabaja	Pre	Post	Pre	Post
	Intervención		Intervención	
Si	58	87	27.2	40.8
No	155	126	72.8	59.2
Total	213		100.0	
Sexo				
Femenino	116		54.5	
Masculino	97		45.5	
Total	213		100.0	

Fuente: Instrumento "Encuesta Exploratoria de Consumo de Tabaco"

La influencia del AE "Más claro sin humo", tuvo un efecto positivo en las variables: *ex-fumadores* (persona que dejó de fumar) incrementó 3.5% pasando del 15% al 18.5%, *frecuencia de consumo de tabaco ocasionalmente* incrementó 3.5% pasando del 9.9% al 13.4%, *ha intentado dejar de fumar* incrementó 7.1% pasando del 17.8% al 24.9%, *lugar de convivencia casa* disminuyó 5.1% pasando del 56.3% al 51.2%, *molestia porque fumen cerca de ellos* incrementó 4.6% pasando del 77.6% al 82.2%, según mediciones pre y post AE respectivamente (tabla 9.2).

Los patrones de consumo: *cantidad de consumo de tabaco diario, consumo de tabaco durante el día, tiempo de consumo el primer cigarrillo después de levantarse, cigarrillo que menos dejaría pasar durante el día, consumo de tabaco en lugares prohibidos y consumo de tabaco durante enfermedad*, en su dimensión *no fumo diario* mostraron un incremento porcentual positivo posterior al AE en comparación con la medición pre-AE (tabla 9.2).

La influencia del AE "Más claro sin humo", tuvo un efecto negativo en el grupo de fumadores activos, ya que se incrementó 5% pasando del 8.5% al 13.5%, apreciándose también en la variable prevalencia de consumo de tabaco en su dimensión alguna vez en la vida incrementando un 11.8% pasando del 23.5% al 35.3% (tabla 9.2).

Tabla 9.2 Patrones de Consumo de Tabaco en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria No. 36 del Municipio de Jesús María, Ags.

Variables		Porcentaje Pre-AE	Porcentaje Post-AE
Distribución de la población estudiada según consumo de tabaco	Fumadores Activos	8.5	16.9
	Ex Fumadores	15	18.4
	Nunca Fumadores	76.5	64.7
Prevalencia de consumo de tabaco	Alguna vez en la vida	23.5	35.3
	En el último año	8.5	16.9
	En el último mes	37.1	43.3
Frecuencia de consumo de tabaco	Semanalmente	2.3	1.5
	Ocasionalmente	9.9	13.4
Ha intentado dejar de fumar	Si	17.8	24.9
Lugar de convivencia de 1 a 5 personas fumadoras	Casa	56.3	51.2
	Clase	6.6	7.5
	Trabajo	7.5	3
Molestia porque fumen cerca de ellos	Si	77.6	82.2
Cantidad de consumo de tabaco diario	No fumo diario	24.9	27.9
Consumo de tabaco durante el día	Mañana	0.5	1.5
	No fumo diario	16	23.9
Tiempo de consumo del primer cigarrillo después de levantarse	No fumo diario	20.7	25.4
Cigarrillo que menos dejaría pasar durante el día	No fumo diario	18.8	22.9
Consumo de tabaco en lugares prohibidos	Si	1.4	4.5
	No fumo diario	13.6	15.9
Consumo de tabaco durante la enfermedad	No	23.5	32.8

Fuente: Instrumento "Encuesta Exploratoria de Consumo de Tabaco"

Como resultado de la sesión creativa, las siete representaciones gráficas más sobresalientes de los carteles titulados “Más Claro sin Humo” fueron: muerte lenta, droga- tóxico- legal, diente amarillo/ sabor amargo, enfermedades del corazón, enfermedades respiratorias, cabello seco y desventajas por su costo y por último tipos de Fumadores y cáncer. Es importante resaltar que en cada cartel se expresaron dos o más representaciones gráficas (tabla 9.3).

Tabla 9.3 Resultados de la sesión creativa (representación gráfica), en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria No. 36 del Municipio de Jesús María, Ags.

Representación gráfica	%
Muerte lenta	56.7
Droga- tóxico- legal	54
Diente amarillo / sabor amargo	32.4
Enfermedades del corazón	29.7
Enfermedades respiratorias	27
Cabello seco y desventajas por su costo	18
Tipos de fumadores y cáncer	13.5

Fuente: carteles sesión creativa

En las variable *intentar dejar de fumar, te molesta que fumen cerca de ti y abstenerse de fumar en lugares públicos*, en los últimos 30 días pre-AE, representan una diferencia positiva de OR 2.4 con $p < 0.03$, una diferencia negativa de OR 0.22 y una diferencia positiva de 9.2 respectivamente; la variable *sexo femenino*, independiente de la temporalidad del estudio, se mantiene como una constante con un OR 1.4 (tabla 9.4).

Tabla 9.4 Inferencias en variables de la EECT (últimos 30 días), en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria No. 36 del Municipio de Jesús María, Ags.

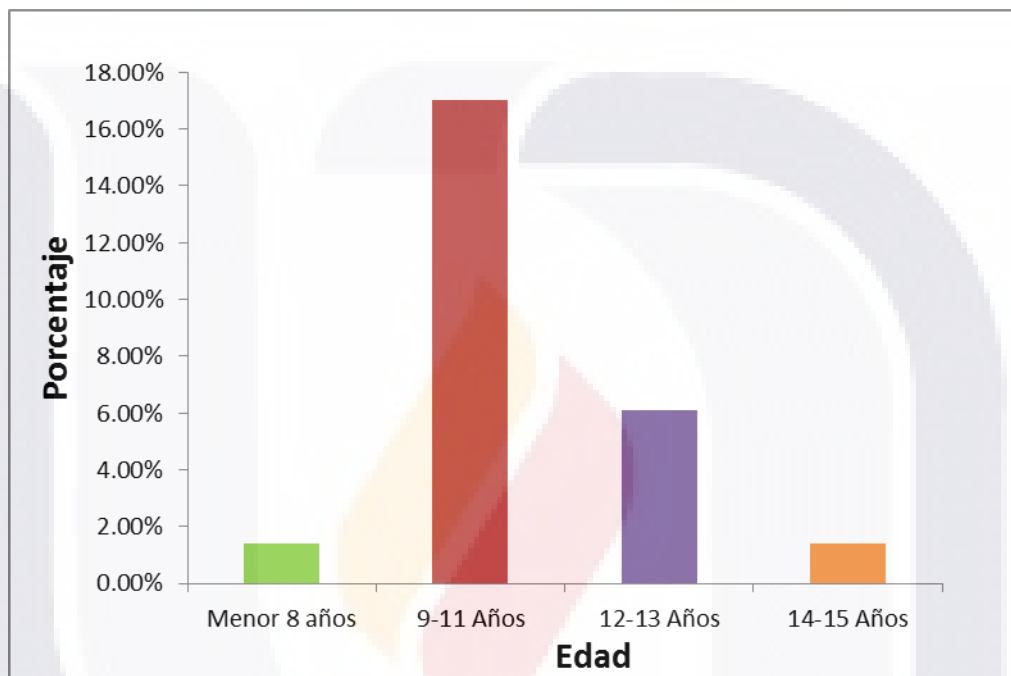
VARIABLE		RM	IC	p
Intentar dejar de fumar	Pre	3.9	1.14 - 13.7	0.03*
	Post	1.46	0.47 - 4.47	0.34
Te molesta que fumen cerca de ti	Pre	0.05	0.14 - 2.21	0.30
	Post	0.27	0.9 - 0.79	0.1
Sexo Femenino	Pre	1.49	0.42 - 5.2	0.37
	Post	1.4	0.32 - 6.06	0.64
Abstenerse de fumar en lugares públicos	Pre	10	0.83 - 119.7	0.14
	Post	0.71	0.22 - 2.44	0.62

* $p < 0.05$

Fuente: Instrumento "Encuesta Exploratoria de Consumo de Tabaco"

La edad promedio de inicio al consumo de tabaco fue entre los 9 y 11 años de edad, con el 17% de los estudiantes (Gráfica 9.1).

Gráfica 9.1 Edad de inicio de consumo de tabaco por primera vez, en alumnos inscritos en el primer año de la Escuela Secundaria # 36 del Municipio de Jesús María, Ags.



Fuente: Instrumento "Encuesta Exploratoria de Consumo de Tabaco"

X. DISCUSIÓN

De acuerdo con la ENA 2011²³ el 12.3% de la población de adolescentes de entre 12 y 17 años de edad son *fumadores activos*, 9.9% corresponde a *ex-fumadores* y 77.8% *nunca ha fumado tabaco*, el porcentaje es más bajo con los resultados de la EECT aplicada en la EST No. 36, donde el 8.5% corresponden a *fumadores activos*, 15% son *ex-fumadores* y el 76.5% *nunca ha fumado tabaco* en la medición pre-AE, mientras que en la medición post-AE incrementó a un 16.9%, 18.4% y 64.7% respectivamente; podemos resaltar que el impacto del AE fue positivo ya que el porcentaje de *ex-fumadores*, es decir las personas que dejaron de fumar, aumentó en la medición post-AE (tabla 9.2).

En las variables *frecuencia de consumo de tabaco* en la dimensión *ocasionalmente* y *frecuencia de consumo de tabaco* en la dimensión *semanalmente*, el incremento y decremento observado respectivamente entre la medición pre-AE y post-AE sugiere que el adolescente espacia su patrón de consumo de semanal a ocasional, además nos permite observar que aún no posee un patrón de consumo del tipo adictivo (tabla 9.2).

Respecto al *lugar de convivencia de 1-5 personas fumadoras*, podemos resaltar que la dimensión *casa*, es considerado un factor de riesgo y no de protección por presentar el porcentaje más alto de convivencia con fumadores, en la medición pre-AE con un 56.3% y un 51.2% posterior al AE, comparado con las dimensiones de *clase* con el 6.6% y el 7.5%, y *trabajo* con el 7.5% y el 3% en las mediciones pre-AE y post-AE respectivamente, lo anterior coincide con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) "Estadísticas a propósito del Día mundial sin tabaco"¹⁹ que afirma que el principal lugar de exposición al humo de tabaco es el hogar (tabla 9.2).

Con base en el análisis de la tabla 9.2, diversos patrones de consumo en su dimensión *no fumo diario*, mostraron un incremento entre la medición pre y post-AE, refirmando que el consumo de tabaco es de tipo ocasional, siendo atribuible tal vez a la compañía y reuniones con amigos.

Diversos estudios han encontrado que la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez ha oscilado. De acuerdo con la ENA 2008 la edad de inicio de consumo de tabaco por primera vez en Aguascalientes fue a los 17 años de edad y las principales causas fueron la *curiosidad* y la *convivencia con fumadores*³; la ENA 2011, reporta que la edad de inicio de consumo diario de tabaco de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad comienza a los 14.1 años²³, colocando a la región occidental conformada por Aguascalientes, Zacatecas, Jalisco, Colima y Nayarit, como la 2ª región con más alto porcentaje de fumadores activos.

En el estudio realizado por Rodríguez-Ramírez y cols. denominado "Prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de bachillerato" en el 2012¹⁵, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue a los 14.3 años, difiriendo con éste estudio en el que la edad promedio oscila en un intervalo entre los 9 y 11 años de edad (gráfica 9.1), éste comportamiento se puede vincular a 4 aspectos principales: a) Curiosidad, b) Mimetización del hábito por el alto porcentaje de convivencia con fumadores principalmente en casa, c) Presión de pares, por la necesidad de pertenencia y aceptación a un grupo social, pues el que algunos o la mayoría de sus amigos fume aumenta la probabilidad de ser fumador un 54%, según estudio realizado por Valdés Salgado y cols.³⁸ en el 2006 denominado "Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes" y por último d) Mercadotecnia de la industria tabacalera dirigida principalmente a éste grupo de edad³⁸.

Según el estudio realizado por Valdés Salgado y cols., los estudiantes en edad secundaria que NO reconocen al tabaco como una droga, tienen 77%

mayor posibilidad de ser fumadores³⁸, por lo que se muestra una influencia positiva del AE ya que el 54% de los cárteles expresaron éste reconocimiento. Importante resaltar que los estudiantes expresaron los tres principales daños a la salud que provoca el tabaco: enfermedades del corazón, enfermedades respiratorias y cáncer, aunque no las reconocen como las principales anteponiendo: diente amarillo, sabor amargo y el cabello seco (Tabla 9.3).

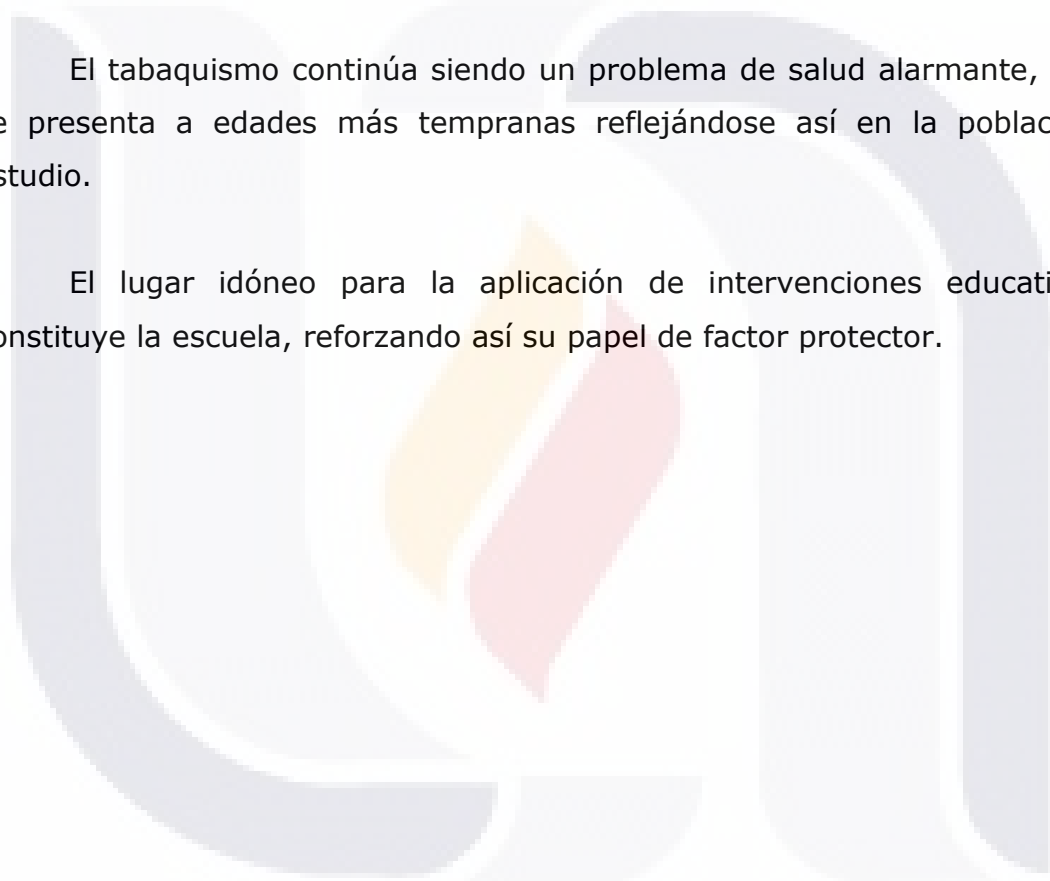


XI. CONCLUSIÓN

El AE "Más claro sin humo", enfocado principalmente a los daños a la salud que el tabaco provoca, constituyó una efectiva herramienta correctiva en consumidores de tabaco; mostró tener una influencia positiva en el exfumador, reafirmando la conducta de no volver a fumar; sin embargo, no lo fue para aquellos que no lo habían probado (fumado por primera vez).

El tabaquismo continúa siendo un problema de salud alarmante, ya que se presenta a edades más tempranas reflejándose así en la población en estudio.

El lugar idóneo para la aplicación de intervenciones educativas lo constituye la escuela, reforzando así su papel de factor protector.



XII. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Sería conveniente probar la incorporación de los padres y otros familiares significativos para las adolescentes a este tipo de AE, puesto que la casa sigue siendo el principal lugar de convivencia con fumadores.

Se recomienda que este tipo de AE sea reafirmado e impartido periódicamente puesto que su protección es a corto plazo.

Es importante que para estudios futuros se tenga un grupo control ya que por esto se presentaron limitaciones en el estudio, sin embargo a pesar de estas limitaciones el estudio tuvo una influencia positiva en la disminución de hábitos tabáquicos y el incremento de conocimientos sobre los daños que este provoca.

Los resultados arrojan que la edad de consumo de tabaco por primera vez es entre los 9 y 11 años, por lo que se recomienda realizar este tipo de estudios a edad más temprana.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Tapia-Conyer R, Kuri-Morales P, Hoy-Gutiérrez MJ. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2001 Oct [citado 2012 Mayo 14] ; 43(5): 478-484. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500012&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500012&lng=es)

2. Iglesias, Elisardo Becoña. Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado; 2002 p. 40-41.

3. México. Centro Nacional para la prevención y control de las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones ENA 2008: Tabaco. Informe de la Secretaría Nacional de Salud, Centro Nacional de Psiquiatría y Centro Nacional contra las Adicciones. México DF: CONADIC; 2008. [citado 2011 mayo 10] Disponible en:

www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf · (26)

4. Martínez-García L. Curso de introducción a la metodología de la investigación (II) Tipos de diseños a la investigación. Centre Cochrane Iberoamericano. [revista en la Internet]. 8 febrero 2011 [citado marzo 2011]; Disponible en:

<http://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm#disestudio>

5. Instrumentos utilizados en la investigación. Escala de consumo de tabaco. 2008- 2011. México: CONADIC. [citado 2012 enero 15]; Disponible en:

<http://www.uv.es/lisis/instrumentos09mexic.htm#tres>

6. Orem ED. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson Ediciones Científicas y Técnicas S.A.; 1993. p 74,152-153

7. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco. Informe de datos y estadísticas de la OMS. Ginebra: OMS; 2012. [citado 2012 Mayo 15] ; Disponible en:http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html

8. Organización Mundial de la Salud. La epidemia del tabaquismo mata cada año a 6 millones de personas. Informe de datos y estadísticas de la OMS. Ginebra: OMS; 2010. [citado 2011 mayo 12] ; Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic_facts/es/index.html

9. Programa contra el tabaquismo actualización 2011-2012. México, D.F. Comisión Nacional Contra las Adicciones CONADIC. México; 2011. 06696 [citado 2012 enero 20] ; Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/Datoscontenido/Tabaquismo.pdf>

10. American School Health Association. Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey. J School Health 2003; 73(6): p.207-209.

11. Hunt MK, Fagan P, Lederman R, Stoddard A et al. Feasibility of implementing intervention methods in a adolescent worksite tobacco control study. Tobacco Control 2003; p.12:40-46.

12. Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug preventions programs: a meta-analysis of research. J Primary Prevention 1997; 18:71-28.

13. Teplin SW, Grus CL, Sandler AD, Reiff MI. Cost-effectiveness of a schoolbased tobacco-use prevention program. J Develop Behav Pediatrics. 2002; 23:64-72

14. Laniado-Laborin R, Molgaard CA, Elder JP. Efectividad de un programa de prevención de tabaquismo en escolares mexicanos. Salud Publica Mex, 1993; 35:403-408.

15. Rodríguez Ramírez JM, Macías Galaviz MT, Serna Silva C, Méndez Navarrete G, Gómez Cardona JP, Rodríguez Nava, Victor Federico. Prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de bachillerato. Lux Médica UAA (Ags). 2012; 7(21): 3-8.

16. Nuño-Gutiérrez Bertha Lidia, Álvarez-Nemegyei José, Madrigal-de León Eduardo A. Efecto de una intervención antitabaco en estudiantes de enseñanza media superior en Guadalajara, México. Salud Ment [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2012 Feb 26] ; 31(3): 181-188. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300003&lng=es.

17. Calleja Nazira, Pick Susan, Reidl Lucy, González-Forteza Catalina. Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. Salud Ment [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2012 Feb 26] ; 33(5): 419-427. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500006&lng=es.

18. Organización Mundial de la Salud. Costes Económicos del Tabaco. Informe de Datos y Estadísticas de la OMS. Ginebra: OMS; 2010. [citado 2011 octubre 20] ; Disponible en:

http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/es/index9.html.

19. México. Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI. Estadísticas a Propósito del día mundial sin tabaco. Informe de Estadísticas del INEGI. México DF: INEGI; 31 mayo 2010. 09 [citado 2010 Octubre de 5] ; Disponible en: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf .

20. Organización mundial de la Salud. Riesgos de salud para los jóvenes, centro de prensa. Informe de Centro de Prensa OMS. Ginebra: OMS; 2010. [citado en enero 2012] ; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>.

21. Diccionario Océano Uno Color. Barcelona, España: 2010. Tabaquismo; p. 400

22. Organización Mundial de la Salud. El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. Informe FCTC. Ginebra: OMS; 2003. [citado 2011 febrero 20] ; Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/09/es/index.html>
<http://www.who.int/fctc/es/index.html>

23. México. Centro Nacional para la prevención y control de las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones ENA 2011: Tabaco. Informe de la Secretaria Nacional de Salud, Centro Nacional de Psiquiatría y Centro Nacional contra las Adicciones. México DF: CONADIC; 2011. [citado 2012 octubre 10] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

24. World Health Organization. WHO report on the Global Tobacco Epidemic 2011. Informe de programas y proyectos: Iniciativas para liberarse del tabaco,

the MPOWER package. Genova: WHO; 2008. [citado 2011 diciembre 20];
Disponible en:
<http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>

25. Ley general de Salud. Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión.
Diario Oficial de la Federación, (DOF 24 abril 2013). [citado 2011 febrero 19] ;
Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

26. Ley General para el Control del Tabaco en México. Ley antitabaco 2011.
Programas contra las Adicciones/ Tabaco. Cámara de Diputados H. Congreso
de la Unión. Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo de 2009. [citado 2012
febrero 19] disponible en:
<http://www.cem.itesm.mx/derecho/nlegislacion/federal/150/190.htm>

27. Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores del Distrito Federal y la
Ley del Funcionamiento de Establecimientos Mercantiles del Distrito Federal.
Gaceta Oficial del Distrito Federal, 26 de febrero de 2008. [citado 2012
febrero 19] Disponible en:
<http://www.aldf.gob.mx/archivod12bd9f29dc889c95d9f9d5ad671a9d6.pdf>

28. NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención,
tratamiento y control de las adicciones. Consejo Nacional contra las Adicciones.
Diario Oficial de la Federación, 12 de abril 2000. [citado 2011 febrero 19]
disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>

29. Marriner, TA. Raire AM. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España:
Mosby 2003. p.23, 177-182

30. Benavent A. Ferrer E. Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería.
España: DAE; 2001. p. 315-344

31. Ostiguin R. Velazquez S. Teoría general del déficit del autocuidado. México. Manual Moderno. 2001. 68

32. Wesley R. Teorías y Modelos de enfermería. 2a edición. México: Mc Graw Hill Interamericana. 1997. 90

33. Fibkins, WL. What schools should do to help kids stop smoking. Larchmont NY: Eye on Education; 2000

34. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y enmendadas en: 1964, 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000. Conamed.com;2000; actualizada 2002; acceso 15 de febrero 2011] Disponible en:
http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

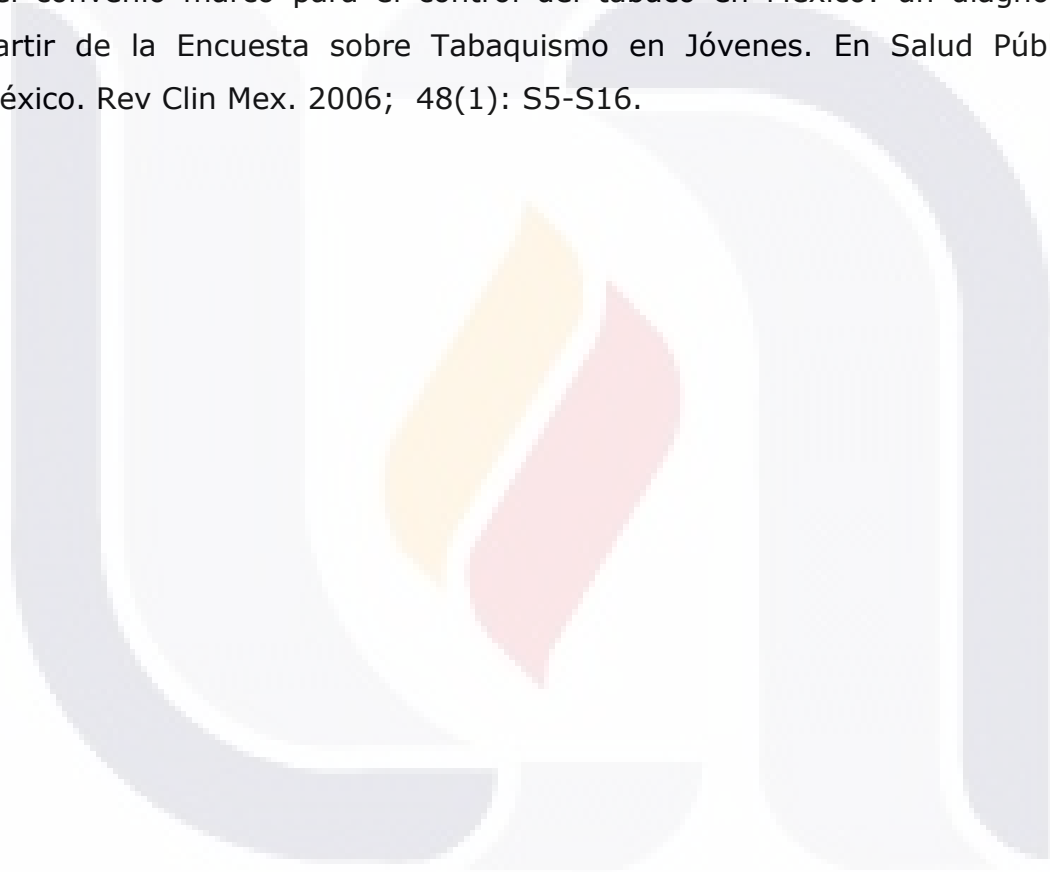
35. Franca-Tarragó Omar. Introducción a la Ética Profesional. UCU: Biblioteca Virtual de Ética Montevideo [revista en internet]. 7 mayo 2008 [citado mayo 2012]. Disponible en:
<http://eticadelasprofesiones.blogspot.mx/2008/05/principios-ticos-bsicos-en-la-tica.html>

36. Osorio-Hoyos J. Principios eticos de la investigacion en seres humanos y en animales: Biblioteca virtual de medicina Universidad del Valle, Cali, Colombia. [revista en internet]. ISSN 0025-7680. Buenos Aires 2000. 60: 255-258. [citado febrero 2012] Disponible en:
http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf

37. RANCICH AM, GELPI RJ. Análisis de los principios éticos en juramentos médicos utilizados en las facultades de medicina de la argentina en relación al

hipocrático. Medicina Universidad de Buenos Aires. [revista en internet]. 58:147-152. 1998 [citado febrero 2012] Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol58-98/2/juramentosmedicos.htm?iframe=true&width=90%&height=90%>

38. Valdés Salgado R, Thrasher J, Sánchez Zamorano LM, Lazcano Ponce E, Reynales Shigematsu LM, Meneses González F, Hernández Ávila M. Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. En Salud Pública de México. Rev Clin Mex. 2006; 48(1): S5-S16.





XV. ANEXOS

Apéndice A

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad / Mes - año	2010 Enero - junio	2010 Julio- diciembre	2011 Enero - junio	2011 Julio- diciembre	2013 Enero. Junio
Investigación Bibliográfica	x				
Planteamiento del Problema	x				
Definición de Objetivos	x				
Elaboración Marco Teórico	x				
Hipótesis	x				
VARIABLES Universo y Muestra		x			
Definición de Método e Instrumento	x	x	x		
Aprobación UAA			x		
Elaboración de Programa			x		
Autorización Escuela Secundaria				x	
Recolección de Información				x	
Análisis de datos				x	
Elaboración de Informe final					x
Publicación					x
Tutorías	x	x	x	x	x
Titulación					x

Apéndice B

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Concepto	Escala de medicion	ANALISIS ESTADISTICO
Ocupación laboral	Nominal Categorica dicotómica	Es la situación en la que se encuentra o no un individuo en la que se obtiene remuneración económica por sus servicios	1= Si 2=No	Porcentaje (%)
Sexo	Nominal Categorica Dicotómica	Condición por la que se diferencian los organismos vivos en masculino y femenino	1= Femenino 2=Masculino	Porcentaje (%)
Edad	Numérica Discreta	Años que un sujeto ha vivido desde que nació	Número de años cumplidos	Mediana

Apéndice C

VARIABLES DE ESTUDIO Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Variable dependiente: Tabaquismo

Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensiones
Acción y efecto de consumir tabaco, Adicción que produce una dependencia física y psicológica a la nicotina del tabaco ²¹ .	Número de cigarrillos consumidos en un día	Fumador Activo Exfumador No Fumador

Variable independiente: Apoyo Educativo

Definición Conceptual	Definición Operativa	Características
<p>Método de ayuda empleado por el sistema de enfermería para compensar problemas de déficit de cuidado a través de principios de enseñanza- aprendizaje, apropiados para desarrollar el conocimiento y corregir conductas que resultan dañinas a la salud o de protección para conservarla sana³⁰.</p>	<p>Son las acciones que sirven para brindar asesoría, guía, enseñanza y/o apoyo, los cuales proporcionan un conocimiento.</p>	<p>El programa de apoyo educativo debe reunir las siguientes características: Centrado en el aprendizaje de la agencia de cuidado. Desarrollar un programa basado en la adquisición de conocimientos de la agencia de cuidado. Debe permitir la participación activa y devolución de ideas.</p>

Apéndice D

PROFRA. BERTHA RAMÍREZ MUÑOZ
COORDINADORA GENERAL DEL
CENTRO DE DESARROLLO EDUCATIVO JESUS MARIA
PRESENTE:

ATÉN PROF. GUILLERMO DE LIRA GONZALEZ
SUPERVISOR DE LA ZONA ESCOLAR 34 DE SECUNDARIAS TECNICAS Y
GENERALES

Por medio de la presente le solicito su autorización para llevar a cabo la investigación "Influencia del apoyo educativo en la disminución del tabaquismo en alumnos de una escuela secundaria pública".

Dicha investigación se llevara a cabo en la Escuela Secundaria Técnica No. 36 involucrando a alumnos de primer año.

Los tutores de la investigación son el M.C.E. José Manuel Rodríguez Ramírez, M.C.O. Elizabeth Casillas Casillas, L.S.P. Ana Berenice Salas Sánchez y P.M.C. Nicolás Alejandro Hernández Delgadillo.

Se anexa resumen ejecutivo de la investigación.

En espera de una respuesta favorable reciba un cordial saludo, quedando de usted para cualquier duda o aclaración.

Aguascalientes, Ags. 8 noviembre de 2012

A T E N T A M E N T E

L.E. CYNTHIA GUADALUPE VALDES FRAUSTO
ESTUDIANTE MAESTRIA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS
AREA DE ENFERMERIA

c.c.p. **PROF. JOSE LUIS DE LIRA GONZÁLEZ.-** Director de la Escuela Secundaria Técnica No 36
c.c.p. Interesada
c.c.p. UAA

Apéndice E



**PROGRAMA:
APOYO EDUCATIVO "MAS CLARO SIN HUMO"**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS

PROGRAMA:	Apoyo Educativo "Más claro sin humo"
DURACIÓN:	3 sesiones
TOTAL DE HORAS:	3 horas clase de 50 minutos cada una
FECHA DE ELABORACIÓN:	Mayo - Junio 2012
DISEÑADO:	L.E. Cynthia Guadalupe Valdes Frausto
MODALIDAD:	Presencial

Descripción del programa

El Apoyo Educativo "MAS CLARO SIN HUMO", está dirigido a estudiantes adolescentes que cursan el primer grado de secundaria. Este Apoyo Educativo está conformado por dos sesiones teóricas y una sesión creativa (cada sesión de 50 minutos), que en conjunto abordarán los temas referentes al tabaco, como daños a la salud y enfermedades relacionadas con el tabaquismo principalmente cáncer, EPOC y enfermedades respiratorias, como inicia un fumador con el hábito, tipos de fumadores, costos y beneficios de un estilo de vida saludable.

Objetivo general

Al término del curso el estudiante conocerá el tema del tabaquismo visto como adicción, enfocado principalmente al grave daño a la salud que éste representa a corto y largo plazo, así como los múltiples problemas sociales que trae consigo; guiándolo de esta manera a la disminución de éste hábito tan dañino.

SESIÓN 1: Generalidades del tabaquismo y daños a la Salud

<p>OBJETIVO: El alumno conocerá el concepto de tabaquismo, fumador activo y pasivo, afectación al estado de salud debido a su práctica, los componentes del cigarro y porque surge la importancia de ésta prevención en la adolescencia.</p>			
<p>CONTENIDOS</p>	<p>ACTIVIDADES</p>	<p>RECURSOS DIDÁCTICOS Y MATERIALES</p>	<p>TIEMPO ESTIMADO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Drogas lícitas e ilícitas • Tabaquismo – Adicción • Fumador activo y pasivo • Cigarrillo (conformación) • Daños a la salud 	<p>Exposición por parte del investigador</p> <p>Experimentos:</p> <p>a) Simulación de constricción de los vasos sanguíneos.</p> <p>b) La nicotina es una toxina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop y cañón • Carteles • Presentación en Power-Point • Video: Campaña Nacional Contra el Tabaquismo 	<p>50 minutos</p>

SESIÓN 1:

Generalidades del tabaquismo, daños a la Salud, inicio al hábito

OBJETIVO: El alumno conocerá el concepto de tabaquismo, fumador activo y pasivo, afectación al estado de salud debido a su práctica, los componentes del cigarro y porque surge la importancia de ésta prevención en la adolescencia.

Generalidades del tabaquismo

- **Droga:** la definición de droga propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a todas las sustancias psicoactivas como: "...cualquier sustancia que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras"¹.

- **Drogas lícitas e ilícitas:** las convenciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el control de drogas no establecen una distinción entre drogas legales o ilegales; sólo señalan el uso como lícito o ilícito. "**Comercio ilícito**" es toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución, venta o compra, incluida toda práctica o conducta destinada a facilitar esa actividad¹.

- **Tabaquismo:** es una enfermedad crónica caracterizada por el consumo habitual de tabaco, actualmente es considerada una adicción a la nicotina del tabaco y también un factor de riesgo asociado a múltiples enfermedades. El tabaco es considerado una droga de inicio, los fumadores que inician tempranamente su adicción tienen grandes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

posibilidades de iniciarse y experimentar en el consumo de otras drogas y sufrir problemas con el abuso de sustancias².

- **Adicción:** en 1963, la OMS decidió abandonar los términos adicción y habituación, para reemplazarlos por dependencia, entendida como: "Estado psicológico y a veces también físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia"¹.

- **Productos de tabaco:** abarca los productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé³.

- **Patrocinio del tabaco:** se entiende toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco³.

- **Fumador activo:** persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber fumado durante el último año, que voluntariamente se expone al humo, al fumar cigarros⁴.

- **El fumador pasivo:** es la persona que de manera involuntaria se ve expuesto al humo del cigarro⁵.

Conformación de un cigarrillo, principales componentes

1. Alquitrán

El alquitrán es una sustancia viscosa que se encuentra en las hojas del tabaco. El alquitrán recubre los pulmones y alvéolos de los fumadores, y les impide absorber suficiente oxígeno. El alquitrán paraliza las cilias de la tráquea de los fumadores, por lo tanto las partículas de polvo y de polen no se eliminan de las vías respiratorias.

El alquitrán contiene más de cuarenta sustancias químicas cancerígenas. Entre los órganos que sufren los efectos de estas toxinas se encuentran no sólo la boca, las cuerdas vocales, la garganta y los pulmones, sino también los riñones, la vejiga y el útero y los ovarios (en las mujeres). Principal agente carcinógeno contenido en los componentes del humo del tabaco. Está claramente demostrada su relación directa con el cáncer de pulmón y otros tumores⁶.

2. Nicotina

La nicotina es un alcaloide tóxico e hidrosoluble que se encuentra en las hojas del tabaco y se usa como insecticida.

Un cigarrillo contiene aproximadamente ocho miligramos de nicotina. La nicotina acelera la frecuencia cardíaca, y la presión arterial aumenta cuando se constriñen los vasos sanguíneos. La nicotina afecta al cuerpo en sólo tres segundos y medio, y el efecto dura alrededor de noventa minutos; es una sustancia estimulante, es la responsable de la adicción y dependencia física. Se concentra en los vasos sanguíneos obligando al corazón a latir más de prisa y aumentando así la presión arterial⁵.

3. Monóxido de Carbono

El monóxido de carbono (CO) es un gas inodoro e incoloro que reduce los niveles de oxígeno en la sangre. El monóxido de carbono disminuye la visión nocturna y la audición, y es el mismo gas mortal que se encuentra en los escapes de los automóviles.

El humo del tabaco contiene otras docenas de toxinas, como por ejemplo arsénico, bario, litio, cobre, plomo y xantina.

Es un gas muy tóxico que se produce de la combustión del tabaco y el papel, se adhiere a la hemoglobina de la sangre y hace disminuir la capacidad de esta para abastecer al organismo de la cantidad de oxígeno que necesita⁵.

4. Cloruro de Vinilo

El cloruro de vinilo es un gas incoloro. Se incendia fácilmente y no es estable a altas temperaturas. Tiene un olor levemente dulce. Es una sustancia manufacturada y no ocurre naturalmente. Se puede formar por la descomposición de otras sustancias tales como el tricloroetano, tricloroetileno y el tetracloroetileno. El cloruro de vinilo se usa para fabricar cloruro de polivinilo (PVC). El PVC se usa para hacer una variedad de productos plásticos, incluyendo tuberías, revestimientos de alambres y cables y productos para empacar. Respirar niveles altos de cloruro de vinilo produce mareos y desmayos, mientras que respirar niveles exageradamente altos puede causarle la muerte.

También produce cambios en la estructura del hígado así como daño a los nervios y se pueden desarrollar reacciones inmunológicas.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. ha determinado que el cloruro de vinilo es un carcinógeno conocido. Estudios en trabajadores que respiraron cloruro de vinilo durante varios años encontraron

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un aumento en el riesgo de cáncer del hígado. También se ha observado en trabajadores cáncer del cerebro, de los pulmones y algunos tipos de cáncer de la sangre⁶.

Daños a la salud

Las enfermedades más comunes relacionadas con el tabaco son^{7,8}:

1. Cáncer

- Labio
- Lengua
- Faringe
- Laringe
- tráquea
- Pulmón
- Esófago
- Páncreas
- Hígado
- Estómago
- Riñones y uréteres
- Vejiga
- Leucemia mieloide
- Cuello uterino
- Ovario

2. Enfermedades circulatorias

- Accidentes vasculares cerebrales
- Enfermedades coronarias
- Aneurisma aórtico
- Hipertensión Arterial
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

3. Enfermedades Respiratorias

- Tos productiva
- Bronquitis
- Neumonía
- Infecciones persistentes
- Enfermedades respiratorias crónicas

4. Otras

- Halitosis (mal olor de boca)
- Tinte dental
- Olor corporal característico
- Sabor amargo
- Anorexia
- Piel y cabello deshidratado
- Labilidad
- Nerviosismo
- Inquietud
- Temblores
- Recién nacido con peso bajo al nacer
- Muerte súbita
- Problemas de erección, disfunción eréctil

SESIÓN 2: Objetivo de la Industria Tabacalera, Estilos de vida saludable

OBJETIVO: El alumno conocerá el objetivo principal de la industria tabacalera y los beneficios que se obtienen al dejar de fumar y practicar un Estilo de Vida Saludable.			
CONTENIDOS	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS Y MATERIALES	TIEMPO ESTIMADO
<ul style="list-style-type: none"> • Mercadotecnia y publicidad de la Industria Tabacalera • Quiénes y porqué fuman. • Costos • Beneficios al dejar de fumar. 	Exposición por parte del investigador	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop y cañón • Carteles • Presentación en Power Point • 2 Videos "Publicidad Antitabaco" 	50 minutos

SESIÓN 2:

Objetivo de la Industria Tabacalera, Estilos de vida saludable

OBJETIVO: El alumno conocerá el objetivo principal de la industria tabacalera y los beneficios que se obtienen al dejar de fumar y practicar un Estilo de Vida Saludable.

Mercadotecnia y publicidad de la industria tabacalera

Publicidad y promoción del tabaco: se entiende como toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco⁹.

Industria tabacalera: abarca a los fabricantes, distribuidores mayoristas e importadores de productos de tabaco⁹.

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

Artículo 11: Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco

1. Cada Parte, dentro de un periodo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte, adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas eficaces para conseguir lo siguiente:

a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y no se empleen términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado

producto de tabaco es menos nocivo que otros, por ejemplo expresiones tales como "con bajo contenido de alquitrán", "ligeros", "ultraligeros" o "suaves".

b) que en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos figuren también advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes apropiados. Dichas advertencias y mensajes:

- i) serán aprobados por las autoridades nacionales competentes;
- ii) serán rotativos;
- iii) serán grandes, claros, visibles y legibles;
- iv) deberían ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas;
- v) podrán consistir en imágenes o pictogramas, o incluirlos.

2. Todos los paquetes y envases de productos de tabaco y todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos, contendrán información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones de conformidad con lo definido por las autoridades nacionales.

3. Cada parte exigirá que las advertencias y la información textual especificadas en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos en su idioma o idiomas principales⁹.

Según resultados de la ENA 2011 sobre las campañas en contra de fumar, uno de los indicadores de impacto es el nivel de recordación. Al preguntar sobre los últimos seis meses previos a la encuesta, se encontró que el 51.1% de los participantes vieron una campaña en contra de fumar por televisión, el 30.4% refirió escucharla por radio, el 32% vio campañas en periódicos o revistas y finalmente el 48.6% las observó en carteles, espectaculares o paradas de autobús⁴.

Quiénes y por qué fuman

¿Por qué se comienza a fumar? Para responder ésta pregunta se encuentran los autores de corrientes sociales que ponen acento en el aprendizaje social y la influencia del grupo donde se mueve el individuo y su integración al mismo.

El inicio del uso de drogas a menudo ocurre durante la adolescencia o juventud, periodo de transición caracterizado por el estrés, la ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones, así como de diferenciación de los adultos. Puede comenzar como una forma de manejar emociones negativas y de respuesta al sentimiento de vivir en un mundo caótico y hostil. Se ha señalado reiteradamente que la presión del grupo de pares, la curiosidad y la pobre integración familiar, son factores que contribuyen al uso de drogas. Asimismo, son mencionados otros factores, como la pobreza, la falta de alternativas y una percepción desesperanzada del futuro.

Hay acuerdo en que la familia juega un papel importante en estas conductas: las actitudes y patrones de consumo; el tipo y grado de comunicación, respeto y cercanía; la existencia de lineamientos claros y consistentes en las interacciones familiares, de las responsabilidades y atribuciones de cada miembro, contribuyen a aumentar o disminuir los riesgos de consumo del menor. La presencia de una cohesión en la estructura social, familiar y comunitaria, con atención a las necesidades, capacidades y limitaciones de sus miembros, parece contribuir de manera importante a evitar conductas destructivas, violentas, o de transgresión.

Las actitudes y conductas familiares en materia del cuidado de la salud y de la formación de hábitos saludables, así como el manejo de las emociones positivas y negativas, pueden ejercer también una influencia relevante en el niño, tanto hacia evitar el consumo de sustancias como en otros aspectos de su desarrollo.

Costos

Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011)

Gasto en tabaco, lugar de compra y marca

Según la ENA 2011, los fumadores activos de entre 12 y 17 años que fuman diariamente gastaron 311.5 pesos en cigarros al mes en promedio. Estos fumadores adquirieron un promedio de 8.3 cigarros, gastando menos de 20 pesos a la semana, o bien, 80 pesos por mes⁴.

La marca más popular entre los fumadores activos fue Marlboro (50.5%), seguida de Marlboro Blanco, Camel, Benson & Hedges, Montana y Delicados⁴.

Los fumadores activos compran sus cigarros en tiendas de abarrotes las 24 horas del día, vendedores ambulantes, tianguis o en mercados⁴.

Experimentos¹⁰

Objetivo - Demostrar los efectos de las sustancias tóxicas del tabaco, destacando principalmente la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. "Olvido lo que escucho. Recuerdo lo que veo. Aprendo lo que hago" (Proverbio chino).

a) Simulación de constricción de los vasos sanguíneos

Objetivo – Simular el efecto de la nicotina en los vasos sanguíneos.

Materiales

- Dos vasos de plástico
- Un popote grueso
- Un popote muy finito (como por ejemplo varillas de plástico para revolver el café)
- Agua
- Cronómetro

Procedimiento

1. Llene los dos vasos con cantidades iguales de agua.
2. Coloque un popote grueso y uno fino los 2 vasos con agua.
3. Cuando diga "YA", pida a 2 niños que comiencen a beber lo más rápido que puedan (como si fuera una carrera).
4. Tome el tiempo con el cronómetro.

Claves

Beber con los popotes finitos debe llevar el doble de tiempo.

La nicotina constriñe los vasos sanguíneos, lo cual disminuye el flujo de la sangre y hace que el corazón deba trabajar más.

b) La nicotina es una toxina

Objetivo – Demostrar gráficamente que la nicotina que se usa en los cigarrillos es una toxina mortal.

Materiales

- Una cajetilla de cigarrillos
- Aguja hipodérmica

Procedimiento

1. Sostenga la cajetilla de cigarrillos de modo que todos los estudiantes puedan verla.
2. Inserte la aguja en la cajetilla.
3. Retire el émbolo y diga, "Si pudiera sacar toda la nicotina de esta cajetilla de cigarrillos..." – en este momento saque la aguja y termine la oración – "y ponerla en el brazo de uno de ustedes, ese alumno moriría."

Claves

Una persona fuma sólo un cigarrillo por vez – no una cajetilla entera – de modo que están recibiendo dosis no letales de toxina. Dato: nadie tomaría a sabiendas una dosis no letal de ninguna otra toxina con regularidad.

c) Efecto paralizador del alquitrán en las ciliias bronquiales

Objetivo – Demostrar gráficamente el efecto del alquitrán en las ciliias bronquiales.

Materiales

- Pelotas de diversos tamaños

Procedimiento

1. Haga que los niños formen dos filas enfrentadas, como una vía traslapada, con las manos extendidas hacia adelante apenas tocando las puntas de los dedos de los otros compañeros. Los dedos deben menearse suave y lentamente como las ciliias.
2. Un extremo de la vía representa los pulmones, y el otro extremo representa la boca.
3. El maestro coloca una pelota en las manos de los niños que se encuentran en el extremo de los “pulmones” de la vía. La pelota pasa lentamente a través de la “boca”.
4. Realice el procedimiento mientras indica que las pelotas representan el polvo, el polen y las partículas atmosféricas que las ciliias saludable pueden eliminar de las vías respiratorias.
5. Luego diga a los niños que las ciliias han estado expuestas al humo del tabaco y que ahora están paralizadas y cubiertas de alquitrán viscoso de tabaco.
6. El maestro vuelve a colocar las pelotas en las manos de los niños en el extremo de los “pulmones” de la vía, pero las pelotas se quedan allí debido a que las ciliias están paralizadas y pegajosas.

Claves

Los niños que están en contacto con fumadores tienen una mayor incidencia de problemas respiratorios debido a que el polvo y las partículas alérgicas permanecen en los pulmones porque las cilias están paralizadas por la acumulación de alquitrán.

Los fumadores adultos deben toser con fuerza para expulsar el polvo y la tierra de los pulmones.

d) Simulación de oxígeno y monóxido de carbono

Objetivo – Proporcionar una analogía del modo en que el monóxido de carbono se mezcla más fácilmente que el oxígeno en el torrente sanguíneo.

Materiales

- Aproximadamente media cucharadita de residuos de café
- Colorante para alimentos (es mejor azul o verde)
- Gotero o sorbete pequeño para dejar caer una gota de colorante
- Botella pequeña y transparente con tapa, con agua hasta dos tercios de su capacidad

Procedimiento

1. Coloque los residuos de café en la botella de agua y agítela. El café colorea el agua lentamente. Esto representa el oxígeno en la sangre.
2. Ahora agregue una gota de colorante para alimentos en la misma botella. Advierta la rapidez con que el agua cambia de color. Esto representa el monóxido de carbono a medida que ingresa a la sangre.

Claves

El monóxido de carbono se absorbe en la sangre 240 veces más rápido que el oxígeno. El nivel de oxígeno disminuye ante la presencia de monóxido de carbono.

SESIÓN 3: Sesión Creativa

OBJETIVO: El alumno plasmará de manera gráfico visual los conocimientos adquiridos				
CONTENIDOS	DESARROLLO DE CONOCIMIENTOS	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS Y MATERIALES	TIEMPO ESTIMADO
Concurso de carteles	Interpretación cualitativa de las sesiones 1 y 2.	Realización de carteles	Papel bond y crayolas,	50 minutos

BIBLIOGRAFÍA

1. El Sistema de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones [sede Web]. Secretaria de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, 21 de junio de 2007. [acceso 15 febrero 2011] Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm> (c0n
2. Iglesias, Elisardo Becoña. Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado; 2002 p. 40-41.
3. World Health Organization. WHO report on the Global Tobacco Epidemic 2011. Informe de programas y proyectos: Iniciativas para liberarse del tabaco, the MPOWER package. Genova: WHO; 2008. [citado 2011 diciembre 20]; Disponible en:
<http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>
4. México. Centro Nacional para la prevención y control de las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones ENA 2011: Tabaco. Informe de la Secretaria Nacional de Salud, Centro Nacional de Psiquiatría y Centro Nacional contra las Adicciones. México DF: CONADIC; 2011. [citado 2012 octubre 10] Disponible en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
5. Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR). Reseña Toxicológica del Cloruro de Vinilo [sede Web]. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU Servicio de Salud Pública de Atlanta, GA; julio 2006; [acceso 16 marzo 2012] Disponible en:
http://www.atsdr.cdc.gov/es/phs/es_phs20.html

6. CANO VALLE FERNANDO. DÍA MUNDIAL DE NO FUMAR. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2013 Mayo 26] ; 17(2): 65-66. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000200001&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000200001&lng=es)

7. Diccionario Océano Uno Color. Barcelona, España: 2010. Tabaquismo; p. 400

8. Ballén Manuel Antonio, Jagua Gualdrón Andrés, Álvarez Deisy Lorena, Rincón Alejandro. EL CIGARRILLO: IMPLICACIONES PARA LA SALUD. Rev.fac.med.unal [serial on the Internet]. 2006 July [cited 2013 May 26] ; 54(3): 191-205. Available from:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000300005&lng=en.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000300005&lng=en)

9. Programa contra el tabaquismo actualización 2011-2012. México, D.F. Comisión Nacional Contra las Adicciones CONADIC. México; 2011. 06696 [citado_2012 enero 20]; Disponible en:

<http://www.insp.mx/tabaco/Datoscontenido/Tabaquismo.pdf>

10. Organización Mundial de la Salud. El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. Informe FCTC. Ginebra: OMS; 2003. [citado 2011 febrero 20] ; Disponible en:

<http://www.who.int/features/qa/09/es/index.html>

<http://www.who.int/fctc/es/index.html>

11. Ministerio de Salud del condado de Trumbull, Mel Milliron, C.H.E.S., Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades mediante una subvención global para Salud Preventiva y Servicios de Salud. [sede Web]. Ministerio de Salud de Ohio: Planificador de Educación Sanitaria. Acceso [19 marzo 2012] Programa Tar AAFP. Disponible en: <http://www.lugo.es/cs/BlobServer?blobcol=PDF&blobtable=PDFDoc&blobkey=id&blobwhere=1227485276213&blobheader=application/pdf&blobnocache=true>



Apéndice F

PRESUPUESTO

Artículo	Cantidad	Precio Unitario	Presupuesto
Computadora portátil	1 pieza	\$17,000	\$17,000
Impresora Hp	1 pieza	\$1,100	\$1,100
Internet	24 meses	\$200	\$4,800
Papel Bond	2000 hojas	\$0.50	\$1000
USB	2 piezas	\$200	\$400
Fotocopias	750 copias	\$0.50	\$350
Lápices	2 cajas	\$28.00	\$84
Bibliografía	3 libros	\$600	\$1800
Cartucho para impresora	3 piezas	\$350	\$750
Carteles	3 piezas	\$500	\$1500
Grapas	1 caja	\$25	\$25
Total			\$28,809

ANEXO A

ENCUESTA EXPLORATORIA DEL CONSUMO DE TABACO

Instrucciones: Contesta lo que se te pide y marca con una "X" solo una de las opciones que se te presentan.

Edad:____ Grado y Grupo:_____ Trabajas: SI___NO___ Sexo: F___ M___

1. ¿Alguna vez haz fumado?	a) Si b) No
2. En los últimos 12 meses, ¿has fumado tabaco?	a) Si b) No c) Nunca he fumado tabaco
3. En los últimos 30 días, ¿has fumado tabaco?	a) No b) Si, de 1-5 días c) Si, de 6-19 días d) Si, 20 días o más e) Nunca he fumado tabaco
4. En toda tu vida, ¿Has fumado más de 100 cigarros, es decir, más de 5 cajetillas?	a) Si b) No c) Nunca he fumado tabaco
5. ¿Cuántos años tenías cuando fumaste por primera vez tabaco?	a) Menos de 6 b) De 6 a 8 c) De 9 a 10 d) 11años e) 12 años f) 13 años g) 14 años h) 15 años i) 16 años j) 17 años o más

	n) Nunca he fumado tabaco
6. ¿Con qué frecuencias fumas o fumabas cigarrillos?	<ul style="list-style-type: none"> a) Diariamente b) Semanalmente c) Mensualmente d) Ocasionalmente e) Al menos una vez al año f) Nunca he fumado tabaco
7. Alguna vez has intentado dejar de fumar?	<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No c) Nunca he fumado tabaco
8. De las personas con las que convives diario, ¿Cuántas fuman?	<ul style="list-style-type: none"> a) En el interior de su casa _____ b) En el salón de clases _____ c) En el lugar de trabajo _____ d) Ninguna
9. ¿Te molesta que fumen cerca de ti?	<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No
10. ¿Cuántos cigarros fumas al día?	<ul style="list-style-type: none"> a) De 1 a 15 cigarrillos b) De 16 a 25 cigarrillos c) 26 o más cigarrillos diarios d) No fumo diario e) Nunca he fumado tabaco
11. ¿En qué momento del día fumas más?	<ul style="list-style-type: none"> a) En las mañanas b) En las tardes o al anochecer c) No fumo diario d) Nunca he fumado tabaco
12. ¿Cuánto tiempo tardas en encender el primer cigarrillo después de que te despiertas?	<ul style="list-style-type: none"> a) 30 minutos o menos b) Más de 30 minutos c) No fumo diario d) Nunca he fumado
13. ¿Cuál es el cigarrillo que menos	a) El de la mañana

<p>te gustaría dejar pasar durante el día?</p>	<p>b) Otro c) No fumo diario d) Nunca he fumado</p>
<p>14. ¿Es difícil abstenerse de fumar en lugares públicos donde se prohíbe? (iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar, etc.)</p>	<p>a) Si b) No c) No fumo diario d) Nunca he fumado tabaco</p>
<p>15. Cuando te enfermas y debes de permanecer en cama ¿Fumas?</p>	<p>a) Si b) No c) Nunca he fumado tabaco</p>

