



“HÁBITO TABÁQUICO EN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TESISTAS:

- ♣ Patricia Henríquez Cortez.
- ♣ María José Hidalgo Peña.
- ♣ Evelyn Mondaca Herrera.
- ♣ Lina Montenegro Montt.
- ♣ Carlos Neculmán Alarcón.
- ♣ Natalie Pacheco Alam.
- ♣ Gabriela Ponce Carvajal.
- ♣ María José Sandoval Meza.

DOCENTE GUÍA:

- ♣ EU Ingrid Ramírez Maldonado.

San Felipe, Diciembre de 2010.

Agradecimientos.

El logro de nuestra tesis no hubiese sido posible, sin el apoyo de personas importantes que han contribuido a nuestro estudio, es por ello que damos nuestros más profundos agradecimientos a nuestra profesora guía Ingrid Ramírez , quien con sus conocimientos, alegría, apoyo, dedicación, respeto, responsabilidad y rigurosidad, ha sido nuestro pilar fundamental para el logro de nuestros objetivos.

De igual manera se agradece a la profesora María Angélica Colvin, quien en el inicio nos orientó en la realización de nuestro estudio.

Se agradece al Hospital San Camilo; por permitir realizar nuestro estudio a los Profesionales de Enfermería, Técnicos de enfermería y Auxiliares paramédicos que colaboraron con muy buena disposición.

Damos las infinitas gracias a cada una de nuestras familias, quienes con su apoyo incondicional nos alientan y nos instan a salir adelante en cada paso que damos.

"El futuro no está en nuestras manos. No ejercemos poder sobre él. Sólo nos queda actuar, aquí y ahora" - Madre Teresa de Calcuta.

Índice de materias

<i>Temas</i>	<i>Páginas</i>
Agradecimientos	I
Índice	II
Tablas	V
Gráficos	VI
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1. Introducción.....	2
1.2. Fundamentación.....	3
1.3. Delimitación del problema y definición de términos.....	4
1.4. Limitaciones del estudio.....	5
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	
2.1. Marco Teórico.....	7
2.1.1. Tabaco.....	7
2.1.2. Componentes del Tabaco.....	9
2.1.3. Enfermedades provocadas por el tabaco.....	11
2.1.4. Hábito de fumar y Tabaquismo.....	14
2.1.5. Factores que influyen en el consumo de tabaco.....	16
2.1.6. Epidemiología.....	18
2.1.7. Guía Clínica de Cesación del consumo de tabaco.....	20
2.1.8. Patologías provocadas por el tabaco, incluidas en la Garantías Explícitas en Salud.....	23
2.1.9. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.....	23
2.1.10. Profesionales del Equipo de Enfermería.....	26
2.1.11. Rol del Profesional de Enfermería.....	27
2.2. Objetivos Generales.....	29
2.3. Objetivos Específicos.....	29
2.4. Operacionalización de variables.....	30

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Metodología.....	
3.1.1. Tipo de Diseño de la investigación.....	
3.1.2. Organización del trabajo en equipo.....	
3.1.3. Población en estudio-definición del universo.....	
3.1.4. Diseño Muestral.....	
3.1.5. Métodos de recolección de datos.....	36
3.1.6. Descripción de los instrumentos.....	36
3.1.7. Estudio de confiabilidad de los instrumentos.....	36
3.1.8. Método de procesamientos y análisis.....	37
3.1.9 Organización del trabajo en terreno.....	37

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	38
	38
	39
	39
	41

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones.....	43
5.2. Recomendaciones.....	
5.3. Resumen.....	

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

6.1. Lista de referencias bibliográficas.....	55
	57
	58
6.2. Anexos	
Anexo 1: Ley de Tabaco 20.105	
Anexo 2: Pausa Saludable	
Anexo 3: Reseña histórica Hospital San Camilo	59
Anexo 4: Consentimiento informado	
Anexo 5: Cuestionario	

Tablas

Páginas

1. Tendencias del consumo de tabaco en Chile, desde el año 1994 a 2008. CONACE 2008.....	19
2. Consumo de tabaco en Chile por grupos etáreos, desde el año 1994 a 2008. CONACE 2008.....	19
3. Tamaño de diseño muestral.....	38

Gráficos

	<i>Páginas</i>
4.1. Presencia de Hábito tabáquico en el Equipo de Enfermería.....	43
4.2. Presencia de Fumadores en Equipo de Enfermería.....	43
4.3. Presencia de Fumadores en Profesionales y Técnicos en enfermería.....	44
4.4. Tipo de Fumador en Equipo de Enfermería.....	44
4.5. Cantidad de cigarrillos fumados al día.....	45
4.6. Edad de inicio del consumo de tabaco.....	45
4.7. Conocimientos del Equipo de Enfermería sobre el tabaco.	46
4.8. Nivel de conocimientos sobre problemas de salud causados por el tabaco.....	46
4.9. Nivel de conocimientos sobre los componentes de cigarrillo.....	47
4.10. Nivel de conocimientos sobre los componentes del cigarrillo en Fumadores y No Fumadores.....	47
4.11. Presencia de Fumadores dentro del hogar.....	48
4.12. Presencia de Fumadores dentro del hogar del encuestado, con y sin consumo de cigarrillo.....	48
4.13. Influencia de la publicidad del tabaco.....	49
4.14. Influencia de la publicidad del tabaco en Fumadores y No Fumadores.....	49
4.15. Presencia de conocimientos sobre la ley del tabaco en Equipo de Enfermería.....	50
4.16. Presencia de conocimientos sobre la ley del tabaco en Fumadores y No Fumadores.....	50
4.17. Motivación para fumar de los consumidores.....	51
4.18. Ocasiones en que fuman los consumidores.....	51
4.19. Ambiente en que fuman los consumidores.....	52

CAPITULO 1

INTRODUCCION

1.1 Introducción

En la actualidad la forma más consumida del tabaco es el cigarrillo, el cual está compuesto por más de 4.000 sustancias químicas, 40 son cancerígenas y otras tóxicas para el ser humano. Entre estas sustancias tóxicas se encuentra la nicotina, alquitrán, monóxido de carbono y el arsénico; el consumo de estas sustancias produce un deterioro de todo el organismo, asociándose a múltiples enfermedades en donde se caracterizan las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y especialmente cáncer.¹

El alto consumo de tabaco es un tema de gran controversia a nivel mundial, ya que es la segunda causa principal de mortalidad en el mundo; y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “*el tabaquismo constituye la principal causa única prevenible de morbimortalidad del mundo*”, además la dependencia asociada con el fumar parece igual o mayor que otras drogas, actualmente este dato no tiene relevancia para la población, ya que es considerada como una sustancia socialmente aceptada por la mayoría.²

Por otra parte, Chile presenta uno de los índices de consumo más altos de Latinoamérica, con un promedio de 1.150 cigarrillos anuales por cada adulto del país. Los estudios nacionales indican que existe una tendencia al aumento de la prevalencia del tabaquismo en la población y que el inicio del consumo se presenta a edades cada vez más precoces. Las mujeres se han incorporado al consumo del tabaco después que los hombres, pero mientras en éstos ha comenzado a disminuir la prevalencia, entre las mujeres se aprecia un aumento del consumo, acortándose la brecha histórica que separaba a ambos sexos.¹

En consideración con estas evidencias es que se ha decidido realizar la investigación sobre el Hábito Tabáquico en el Equipo de Enfermería durante el período de junio-julio 2010 junto a sus factores personales, familiares y socioculturales.

Los resultados obtenidos en este estudio permitirán determinar el Hábito Tabáquico en una muestra del Equipo de Enfermería del Hospital San Camilo, con el objetivo de proponer estrategias de prevención que mantengan acciones de autocuidado y afrontamiento del consumo del tabaco, con la entrega de educación e información necesaria.

1.2 Fundamentación

Chile presenta la población más fumadora de la región con un 41,2% de la población de 12 a 64 años, dentro de los cuales 45% son hombres y 37% son mujeres y más de la mitad lo hace diariamente (28,6%).³

Los integrantes del Equipo de Enfermería no están exentos de esta cifra, ya que algunos pertenecen al rango de edad mencionado anteriormente, por lo que al conocer la presencia de Hábito Tabáquico en este Equipo, será de utilidad para futuras intervenciones con este grupo de integrantes. Además, gracias a los resultados se podrá proponer a futuro un plan de estrategias de prevención que no sólo esté dirigido a este equipo, sino a todo el Equipo de Salud. De este modo se podrá actuar sobre aquellos factores reconocidos, con el fin de disminuirlos, o en lo posible, eliminarlos.

Al mismo tiempo, como el tabaquismo es un problema de salud pública, debe tener un enfoque integral, comunitario, con una legislación adecuada y actividades especiales de promoción de los estilos de vida sin tabaco, tanto en nivel primario como secundario.

Con este estudio se busca enfatizar al Equipo de Enfermería sobre la responsabilidad social que tiene la prevención, tratamiento y aplicación de políticas públicas de cesación del consumo de tabaco, ya que deben asumir hoy esta tarea imperativa y éticamente impostergable.

Por otra parte, la tesis de Hábito Tabáquico en el Equipo de Enfermería está orientada bajo la teoría formulada por la Enfermera Dorothea Orem, de Déficit de Autocuidado; ya que el consumo de tabaco es una conducta riesgosa en la cual no se aplican actividades de autocuidado y es en base a estas debilidades de autocuidado, en donde se debe intervenir, con el fin de provocar un cambio de conducta positivo para la salud.

1.3 Delimitación del problema y Definición de términos.

Presencia de Hábito Tabáquico en el Equipo de Enfermería del Hospital San Camilo y sus factores personales, familiares y socioculturales, durante el período Junio - Julio 2010, Ciudad de San Felipe.

- ♣ **Hábito tabáquico:** Consumo de uno o más cigarrillos durante el día de forma permanente en el tiempo.
- ♣ **Equipo de Enfermería:** Profesionales de Enfermería y Técnicos de enfermería que estén trabajando en forma activa en Hospital San Camilo.
- ♣ **Factores personales:** Condiciones propias de los Profesionales de Enfermería y Técnicos de enfermería del estudio
- ♣ **Factores familiares:** Características del grupo de personas que están relacionadas en forma biológica, emocional y/o legal que habitan el mismo lugar que los Profesionales de Enfermería y Técnicos de enfermería.
- ♣ **Factores socioculturales:** Características del entorno en el cual viven los Profesionales de Enfermería y Técnicos de enfermería.

1.4 Limitaciones del estudio

➤ **Etapa de ejecución:**

a) Etapa de aplicación del instrumento:

1. Escasa disposición de tiempo para responder el cuestionario, por parte de funcionarios del Equipo de Enfermería.

b) Análisis de datos:

1. Dificultad de horario de los testistas para reunirse, debido a prácticas clínicas individuales.

CAPITULO 2

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Tabaco

El tabaco es un producto natural que se obtiene a partir de la desecación de las hojas de la planta *Nicotiana Tabacum*, perteneciente a la familia de las Solanáceas. Esta planta es originaria de América, fue conocida por los europeos durante el viaje de Cristóbal Colón al continente americano en 1492 cuando los nativos les recibieron con "unas hojas secas y encendidas que desprendían una peculiar fragancia". Los primeros en consumirlo fueron los marineros y posteriormente pasó a las distintas clases sociales.⁴

Durante la época de la Colonia en Chile, fumar era una costumbre fuertemente arraigada en las clases más ricas, tanto que fue necesario importar tabaco desde el Virreinato del Perú. En 1830 las familias acomodadas de Santiago y Valparaíso fumaban cigarros chilenos hechos con tabaco picado y envueltos en hojas de choclo. Con la llegada de la Independencia el hábito se extendió a sectores más amplios de la ciudadanía, transformándose en una práctica popular.⁵ Al principio el tabaco fue cultivado por los frailes en las huertas de los conventos; con el tiempo la fabricación pasó de ser artesanal a ser industrial, creándose un comercio de gran importancia que ha llegado hasta nuestros días.

Es así como el tabaco se puede preparar de muchas formas, para diversos usos y bajo diferentes nombres, encontrándose principalmente tres tipos de preparación del tabaco:

- ♣ **Tabaco con humo o para fumar:** Se puede preparar de 3 formas distintas, una de ellas es el **Bidis**, el cual es fabricado manualmente, envuelto en hojas de árbol secas y sin filtro; también se puede preparar como **Puro**, que es un rollo que contiene sólo grandes hojas de tabaco envueltas en una hoja de palma o maíz y finalmente, en forma de **Cigarrillo**, el cual tiene una fabricación industrial, siendo la forma más consumida por la población mundial.
- ♣ **Pipas:** El tabaco también se puede preparar en dos tipos de pipas, las cuales consiste en una pequeña cámara para la combustión y un tubo que termina en la boquilla. En la **pipa tradicional** el tabaco se fuma directamente y en las **pipas de agua**, el humo de tabaco pasa a través del agua antes de ser inhalado.

- ♣ **Tabaco sin humo:** Se puede preparar picado o molido para mascar y mantener en la boca, o para colocar en la nariz, como el **Rapé**, el cual consiste en tabaco triturado y mezclado con polvo de almendras amargas y nuez moscada.^{6,7}

Asimismo se pueden destacar a los principales productores de tabaco en la actualidad como: China, India, Brasil, Estados Unidos, Italia, Grecia y España.⁴

En Chile, el 80% del tabaco que se utiliza en la fabricación de los cigarrillos es cultivado por agricultores ubicados entre las regiones IV y VIII⁸, específicamente entre las ciudades de Salamanca por el norte y Linares por el sur. En estos lugares se cultivan dos variedades de tabaco, *Virginia* y *Burley*, en modalidad hidropónica (crecimiento de la planta en agua) y luego se trasplantan a la tierra adecuada.⁹ Meses después se realiza el curado, que consiste en dar al tabaco las condiciones de temperatura y humedad que requiere para que se seque y complete la maduración, permitiendo que se manifiesten las características de aroma de cada variedad o tipo.¹⁰

En el momento previo a la cosecha se pueden apreciar en toda su magnitud los distintos tipos de tabaco: El **tabaco Virginia** se caracteriza por tener las hojas grandes, es cosechada una por una y se cura en hornos especiales; tiene una cantidad media de nicotina, azúcar y un aroma a miel. El **tabaco Burley** es también de hojas grandes, pero se cosecha la planta completa y tiene más cantidad de nicotina, nada de azúcar y un color y aroma a chocolate.¹¹

De acuerdo al lugar en el que están las hojas de tabaco en la planta, tendrán las cualidades que darán las características especiales al cigarrillo; por ejemplo, las hojas que están más cerca del suelo son las primeras que maduran y tienen menos nicotina, porque a medida que la planta crece se va hacia las hojas superiores, las hojas que se obtienen de la parte media baja de la planta tienen más compuestos que dan aroma y sabor al cigarrillo y en la parte media alta de la planta están las que tienen mayor contenido de nicotina y aromas más fuertes.

Finalmente, cuando el tabaco está completamente curado, es decir, deshojado, seleccionado y enfardado, se traslada a la planta de *British American Tobacco Chile* en la localidad de San Fernando, lugar donde se les compra el tabaco a los agricultores. En su etapa final desde San Fernando es enviado a la localidad de Casablanca donde se ubica la fábrica de cigarrillos y desde aquí se distribuye al comercio.¹¹

2.1.2 Componentes del tabaco

Las hojas del tabaco se procesan y se añaden distintas sustancias químicas con el fin de producir cigarrillos industrialmente y de manera masiva, entre estas sustancias destacan: humectantes, modificadores de la combustibilidad, aromas, aglomerantes y conservantes, permitiendo formar un producto con características llamativas para los compradores. De este modo, en el tabaco podemos encontrar los siguientes componentes:

1- Nicotina: C₁₀H₁₄N₂:

La nicotina es un constituyente importante del humo del tabaco, siendo la única sustancia que se presenta naturalmente en la hoja de este. Es un alcaloide que cruza fácilmente la barrera hematoencefálica¹² y estimula los receptores nicotínicos del sistema nervioso colinérgico. En el cerebro, los receptores nicotínicos están situados principalmente en las terminales presinápticas y modulan la liberación de neurotransmisores; en consecuencia, se sabe que la nicotina promueve la síntesis de dopamina.¹³ La dopamina es un neurotransmisor que se sintetiza en el organismo a partir del aminoácido tirosina; al aumentar los niveles de esta sustancia mayor es la experiencia de satisfacción experimentada; sin embargo, no es sólo una sustancia que transmite señales de placer, sino que se configura también como la más importante molécula involucrada en la adicción.¹⁴

Es una sustancia psicoactiva capaz de producir en ocho segundos la excitación del sistema nervioso central, por lo que no existe ninguna otra droga, ni aún administrada por vía intravenosa, que desencadene sus efectos a nivel del sistema nervioso central con tanta rapidez como lo hace la nicotina a través del humo del cigarrillo.¹²

Es así como al fumar un cigarrillo, el humo inhalado se pone en contacto con las mucosas de la boca, fosas nasales, laringe, faringe, bronquios, y es absorbido por las superficies epiteliales, llegando a los alvéolos el 90% de la nicotina inhalada. En cada inhalación se absorbe 0,2 mg de nicotina.¹²

2- Monóxido de carbono:

El monóxido de carbono (CO) es un gas incoloro e inoloro presente en el humo del tabaco, humo del tubo de escapes de automóviles, estufas de gas y a leña; es un producto secundario a la combustión de materiales que contienen carbono. El CO se combina con el grupo *hem* de la hemoglobina de los glóbulos rojos (formando la carbaminohemoglobina), posee afinidad doscientas veces mayor que la del oxígeno por la hemoglobina. De tal manera, en concentraciones de apenas 0,1% el CO se combina con la mitad de las moléculas de hemoglobina disponibles y reduce en igual proporción

la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre. A consecuencia de lo anterior, una menor cantidad de oxígeno es entregado a las células, imposibilitando que estas ejerzan sus funciones con normalidad, esto es conocido como hipoxia celular. Las concentraciones sanguíneas altas de CO causan intoxicación por monóxido de carbono.¹⁵

3- Gases irritantes y sustancias cancerígenas:

Debido a la inhalación del humo de tabaco, se produce la detención del movimiento ciliar de las células de la mucosa que cubre el tracto respiratorio, ingresando partículas extrañas junto con los gases irritantes y carcinógenos del humo, los cuales se depositan en los alvéolos pulmonares. Los principales son formaldehído, óxido nitroso, acroleína, ácido cianhídrico y acetaldehído.

Entre los carcinógenos más potentes aislados del humo están los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas, más del 90% de ellos son retenidos en el tracto respiratorio, actuando principalmente como carcinógenos de contacto ya que provocan mutaciones del ADN de las células.¹²

3- Radicales libres y oxidantes:

Los radicales libres son átomos o grupos de átomos con carga eléctrica que se caracterizan por tener uno o más electrones no apareados en su capa más externa. El electrón no apareado ocasiona que el radical libre resulte inestable, muy reactivo y tenga gran acción destructora sobre las moléculas vecinas; debido a esta actividad pueden separar importantes moléculas corporales, contribuyendo al envejecimiento del cuerpo.¹⁴

En el humo de tabaco hay presente una importante cantidad de radicales libres que se generan en la combustión. Cuando el humo del cigarrillo entra en contacto con los alvéolos pulmonares se activan los macrófagos, lo que da lugar a la formación de más radicales libres, los que provocan broncoconstricción o hiperactividad de estas vías.¹²

4- Metales y elementos radioactivos.

Los metales y elementos radioactivos del cigarrillo interfieren en los procesos de reparación del ADN, entre ellos se encuentran:

Cadmio: Elemento químico de símbolo Cd, es un metal irritante a nivel local, dañando las vías respiratorias y el tubo digestivo, también inhibe la absorción intestinal del calcio e impide su depósito en el tejido óseo. Se acumula en pulmones, riñón, hígado, testículos y glándulas salivales. En intoxicaciones crónicas, y dado que la vida media es muy larga, los efectos producidos en el organismo por la acumulación son pérdida de peso, anemia, pigmentación amarilla en el esmalte de los dientes, rinitis, bronquitis, enfisema pulmonar y lesiones óseas.

Berilio: Elemento químico de símbolo Be, es un metal que al igual que el cadmio, es un irritante de la mucosa; una parte del berilio queda retenida en el pulmón, otra se transporta en la sangre unido a proteínas plasmáticas y puede localizarse en ganglios linfáticos cervicales, intratorácicos y abdominales, riñón, hígado, bazo, médula ósea, músculo esquelético, miocardio y en la piel.

Arsénico: Elemento químico de símbolo As, es un mineral que puede afectar la piel, el sistema nervioso, el aparato respiratorio (con posibilidad de perforación del tabique nasal), produce afecciones cardíacas y hepáticas, se acumula en uñas y cabello. Puede aparecer en sangre y orina.

Níquel: Elemento químico de símbolo Ni, es un metal que afecta al aparato respiratorio produciendo rinitis, sinusitis, perforación del tabique nasal, asma alérgica, cáncer de etmoides y cáncer broncopulmonar.

Cromo: Elemento químico de símbolo Cr, es un mineral, a nivel del aparato respiratorio produce ulceración de la mucosa nasal, perforación del tabique nasal, faringitis, tos, asma, y favorece la aparición de cáncer de pulmón. También pasa a sangre y una parte se elimina por la orina.¹²

2.1.3 Enfermedades provocadas por el Tabaco

Los componentes del tabaco afectan directamente al organismo, provocando enfermedades en los sistemas que lo componen. A continuación se definen algunas patologías asociadas al consumo de tabaco, las que estarán agrupadas según sistemas:

♣ *Sistema Cardiovascular:*

El tabaco constituye un factor de riesgo cardiovascular de primer orden que influye de manera indirecta en la enfermedad oclusiva arterial, disminuyendo la síntesis de prostaciclina, un inhibidor natural de la agregación plaquetaria, con lo que aumenta la tendencia a la formación de trombos en el lumen de las arterias. Una vez iniciada la formación de la placa (lesión endotelial de una arteria por incrustación de partículas en su pared), se puede extender hacia la capa media de los vasos sanguíneos, lo que produce ulceración y hemorragia. La rugosidad de la superficie facilita el nuevo depósito de plaquetas y provoca un trombo. Además, el crecimiento de la placa da lugar a la obstrucción del flujo sanguíneo llamándolo así como estenosis crítica. La combinación de estenosis y pérdida de elasticidad se traduce en la isquemia de los tejidos irrigados por las arterias afectadas.¹⁷

Patologías coronarias: Es la transformación progresiva de los vasos sanguíneos, por la acumulación de colesterol, provocando un trastorno en la circulación coronaria, la cual lleva sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo y viceversa. Esta acumulación de colesterol, forma placas de la circulación sanguínea, generando un engrosamiento de los vasos sanguíneos que reducen progresivamente la luz del vaso, sea cual sea su localización anatómica (carótidas, coronarias, miembros inferiores). Esta transformación se acelera bajo el efecto del tabaquismo, originando la aparición de patologías coronarias.¹⁸

Arteriosclerosis: Se caracteriza por provocar una rebaja en el flujo sanguíneo a través de las arterias debido a depósitos de grasas llamadas placa. Generalmente, la rebaja del flujo sanguíneo trae consecuencias fisiopatológicas que dependen de la alteración del flujo coronario, afectado el corazón, cerebro, extremidades inferiores y superiores, manifestándose en síntomas como dolor de pecho, mareo o dolor de piernas.¹⁹ Por su parte, los fumadores tienen una alta cantidad de células endoteliales muertas circulantes en la sangre, lo que contribuye a la formación de la placa.¹⁷

Derrame Cerebral: Ocurre cuando uno de los vasos sanguíneos que lleva oxígeno y nutrientes al cerebro es bloqueado por un trombo (coágulo) o una hemorragia. Cuando esto pasa, el cerebro no recibe oxígeno, las células nerviosas ubicadas en la parte afectada del cerebro no pueden funcionar y mueren en minutos. Los estudios señalan que existe una relación entre la cantidad de cigarrillos consumidos por día y el riesgo de sufrir un derrame, debido a que los químicos en el humo del tabaco aumentan la acumulación de plaquetas en las paredes de las arterias y promueven el desarrollo de trombos que puede causar derrames cerebrales.²⁰

Arritmia Cardíaca: Es la alteración del ritmo normal del corazón, en donde se puede aumentar o enlentecer el sistema de conducción eléctrica del corazón. En los fumadores, la nicotina estimula la liberación de adrenalina y noradrenalina hacia el flujo sanguíneo, las que son responsables de aumentar el ritmo cardíaco, la cantidad de sangre que el órgano bombea al resto del cuerpo y la presión arterial.

♣ **Sistema respiratorio:**

Los componentes del cigarrillo ingresan por esta vía, lo que la convierte en uno de los sistemas más expuestos del organismo. Si consideramos que luego de que una persona fuma un sólo cigarrillo, sus ojos y nariz se irritan; el alquitrán por su parte paraliza los cilios y macrófagos de las vías respiratorias superiores e inferiores por un tiempo dejando libre el acceso a virus, bacterias y otras partículas presentes en el aire. El fumar en forma repetida, hace que el moco se acumule en los pulmones impidiendo el

paso del aire por las vías respiratorias más pequeñas. Esta obstrucción provoca lo que se conoce como “tos de un fumador”, siendo el esfuerzo que los pulmones hacen para intentar limpiar las vías respiratorias. Con el paso del tiempo, la pared de los bronquios se vuelve más gruesa y, como resultado, el riesgo que tiene una persona de tener cáncer al pulmón aumenta.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Se relaciona con la obstrucción de las pequeñas vías respiratorias, relacionada con diferentes combinaciones de bronquitis crónica y enfisema pulmonar siendo “el tabaco la principal causa de EPOC, sobrepasando otros factores relacionados con el desarrollo de la enfermedad”, según la dirección de salud de Estados Unidos. Por otra parte, los fumadores tienen un riesgo 10 veces mayor de morir por EPOC, siendo la única variante, la cantidad de cajetillas consumidas diariamente.²¹

♣ **Cáncer:**

El cáncer es una enfermedad que se produce por el crecimiento descontrolado de células anormales del cuerpo. Las células cancerígenas se desarrollan por un daño que sufre el ADN, sustancia que está en cada célula del cuerpo y dirige todas las actividades²². Los componentes del tabaco poseen esta acción carcinogénica sobre el organismo,²³ por lo que los fumadores tienen mayor riesgo de sufrir distintos tipos de cáncer; tales como cáncer de labio, lengua, laringe, esófago, pulmones, bronquios, estómago, páncreas, riñones, vejiga y útero²².

♣ **Otras patologías asociadas:**

Problemas bucales:

La cavidad bucal es la que tiene el primer contacto con el tabaco y sufre su acción directa irritante por los componentes tóxicos del humo y la acción carcinogénica de los alquitranes, benzopirenos y nitrosaminas. El consumo regular de tabaco induce a modificaciones significativas en la mucosa oral, pudiendo llegar a los carcinomas orales. El consumo de tabaco favorece la aparición de sarro dental acumulándose bacterias y residuos de comida que dan lugar a la inflamación de las encías y a la halitosis (mal aliento).²³

2.1.4 Hábito de fumar y Tabaquismo

El hábito de fumar es la costumbre adquirida por repetición. Las personas que fuman poco u en forma ocasional pueden abandonarlo sin dificultades, si así lo deciden; aunque puede existir la posibilidad de que se transforme en una adicción.

En cambio, el tabaquismo se refiere a las personas que fuman en forma regular, desarrollando una adicción progresiva que dificulta o impide la cesación del consumo de tabaco; ya que el fumador siente la necesidad de fumar por los efectos estimulantes o sedativos que le produce el consumo de tabaco, dado que la nicotina estimula a las glándulas suprarrenales a producir adrenalina. Entonces ya no se trata de un hábito, sino, más bien de una enfermedad adictiva.²⁴

Es así como pasa a ser un estilo de vida de la persona, quien a pesar de conocer los daños provocados por el tabaco, como lo son los integrantes del Equipo de Enfermería, no se dan cuenta que a cambio de un momento de bienestar, de manera lenta, silenciosa y efectiva se van ocasionando daños severos en el organismo que producen diversas enfermedades graves que cada día van causando muerte e incapacidad. Asimismo, provoca problemas como incendios, quemaduras y accidentes de tránsito.

El tabaquismo es un problema social y de salud pública por los múltiples efectos nocivos a la salud, no solamente de las personas que lo consumen sino también las que conviven con ellas (fumadores pasivos), quienes sufren las molestias del humo y el olor.²⁵

♣ Tipos de fumadores:

Fumador Activo:

Es la persona que consume tabaco habitualmente. El acto de fumar es una práctica donde una sustancia, comúnmente tabaco, es quemada y el humo se inhala debido a que la combustión desprende las sustancias activas, como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones.²⁶

Fumador pasivo:

Persona que aspira el humo de tabaco ambiental generado por otros fumadores activos. El humo que se desprende directamente del cigarrillo hacia el ambiente contiene más productos de combustión. El humo generado directamente del extremo distal del cigarrillo, contiene cinco veces más monóxido de carbono, tres veces más alquitrán y nicotina así como concentraciones más elevadas de otras sustancias (arsénico, amoníaco, benceno etc.). El **humo secundario** es una mezcla del humo que proviene del tabaco en combustión y del humo exhalado por el fumador, no está filtrado por lo que los niveles de sustancias cancerígenas que contiene son más altos que las del humo inhalado

directamente por un fumador activo. El cigarrillo produce humo por dos vías: el extremo distal que es la principal y su cuerpo, que libera los vapores calientes del cigarrillo y su filtro.

Entre el 70 y el 80% del humo secundario proviene del extremo distal del cigarrillo y contiene los niveles más altos de nicotina, monóxido de carbono, alquitrán y otras sustancias cancerígenas. Por lo tanto, la exposición constante al humo secundario es aparentemente más dañina que el fumar un cigarrillo directamente por el mismo período de tiempo.²⁷

Otra forma de exposición pasiva al cigarrillo es la producida en *in útero*:

Hay evidencia que indica que el hábito tabáquico durante el embarazo es responsable de un gran número de patologías obstétricas, neonatales y del desarrollo del embrión. Las concentraciones de nicotina en mujeres fumadoras durante el embarazo y en sus hijos al nacer, indican que los hijos de fumadoras tienen exposición sistémica a las toxinas del tabaco, siendo estos la nicotina y monóxido de carbono, que atraviesan la barrera placentaria que protege al feto.

El feto está expuesto desde el momento de la concepción a los mismos niveles de nicotina que el fumador activo.²⁸ Esto es aún más grave debido a que el metabolismo y la eliminación son más lentos en el feto que en la madre y ello causa la acumulación de sustancias nocivas.

Los efectos más importantes del tabaco durante el embarazo son el desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro y mortinato.²⁸

El cigarrillo provoca transitoriamente descensos en el flujo de sangre uterina materna reduciendo, de esta forma, el flujo de oxígeno desde el útero a la placenta. Los elevados niveles de carboxihemoglobina (hemoglobina que transporta monóxido de carbono) que se encuentran tanto en la sangre materna y fetal cuando la madre fuma en el embarazo, pueden llevar a hipoxia fetal crónica, evidenciada por hematocrito aumentado en el recién nacido.²⁸ Los efectos dañinos del tabaco sobre los recién nacidos son de extrema gravedad, tales como: retraso del crecimiento del organismo, efectos nocivos sobre el crecimiento, estructura y funcionamiento del cerebro, síndrome de muerte súbita del lactante (muertes inexplicadas de niños entre 1 y 6 meses de vida)²⁹, problemas en el aparato respiratorio inferior (como bronquitis, neumonía, asma) e infecciones en los oídos.³⁰

2.1.5 Factores que influyen en el consumo de tabaco

Existen diversos factores que facilitan el consumo de tabaco:

- ♣ **Genético:** El comportamiento de fumar se encuentra asociado con 14 posiciones cromosómicas distintas. El efecto de un solo gen sobre el comportamiento del fumar posiblemente sea débil. Una de las posiciones de interés se ubica en el cromosoma 5q cerca de la posición del receptor de dopamina D1, que ha sido asociado con el fumar.¹³

- ♣ **Biológico:**
 - ⇒ Edad: Las primeras experiencias con cigarrillos ocurren aproximadamente entre los 13 y 16 años, etapa en que el individuo es especialmente sensible a la presión de sus pares³¹, puesto que buscan autonomía y necesidad de aceptación por sus semejantes significativos, las personas se dejan arrastrar hacia comportamientos que los hacen pertenecer a determinado grupo reconocido como auténtico. Hay comportamientos que, aún iniciándose involuntariamente, quedan instalados con mucha fuerza en la vida de las personas y persisten aunque las causas que le dieron origen quedaron atrás hace mucho tiempo.³² Se ha demostrado que un 80% de los fumadores que se inician antes de los 20 años termina por ser fumadores adictos; en cambio entre los que se inician después de los 20 años sólo un 20% termina siendo gran fumador.³¹

 - ⇒ Sexo: En relación al sexo, las mujeres no sólo fuman más sino que las motivan a fumar situaciones más relacionadas con las *emociones*: al sentirse tristes, deprimidas o nerviosas, por evitar el sentimiento de soledad, por proyectar una imagen de libertad y poder que consideran les confiere el cigarrillo. En cambio, el consumo en los varones suele asociarse a *cuestiones sociales*: fuman en reuniones, bares, encuentros deportivos y en el ambiente laboral.³³

- ♣ **Psicológicos:**
 - ⇒ Inclinación a conductas problemáticas: Impulsividad, rebeldía, delincuencia, edad de la primera relación sexual, consumo previo de alcohol y otras sustancias tales como drogas lícitas (cafeína, alcohol étílico) e ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base, heroína, LSD, anfetaminas) son factores predisponentes para fumar. Es así como existe una relación entre que un bebedor fume más que los no bebedores.

♣ **Familia y Sociedad:**

⇒ Familia: La familia no es un ente aislado, pues recibe y transmite estímulos más allá de sus límites. Se le considera la célula social básica y se identifica en todas las sociedades. También se define como “una organización social que sirve de complemento a la naturaleza biológica del ser humano, donde nace, vive y muere”.³⁴

Puede parecer elemental, pero el primer factor influyente lo constituye el estar expuesto desde estadios iniciales de la vida a modelos fumadores, más aún si son modelos valorados positivamente por el niño o adolescente y sobre todo si son modelos que no sólo consienten, sino que hasta estimulan la adicción, aunque sea indirectamente.³² Cuando los padres fuman y/o toleran el consumo de tabaco en su entorno provoca una gran repercusión como factor de riesgo en la iniciación de sus hijos al hábito tabáquico. Si los padres fumadores hacen un cese al consumo del tabaco, sus hijos presentan una tercera parte menos de probabilidades de fumar y si los padres dejan de fumar antes de que su hijo tenga 9 años disminuye considerablemente el riesgo de que éste fume. El hábito tabáquico en los hermanos también constituye una influencia negativa.³⁵

La familia es el componente estructural sobre el cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencia directas y claras. Es difícil incluir en una sola definición a todos los tipos de familia porque las posibilidades son múltiples.

Sin embargo, la definición más aceptada de la familia es: “La familia es un grupo de personas relacionadas biológica, emocional y/o legalmente que viven en un mismo hogar”.³⁴

⇒ Amigos: La influencia de los amigos es muy importante, siendo un 80% de los adolescentes que inician el hábito junto a los amigos. En algunos casos la iniciación en el tabaquismo es un modo de integración en un determinado grupo, es por esto que si los amigos fuman, el no fumar puede ser un motivo de rechazo del no fumador.

⇒ Educadores: Si un niño ve fumar a un profesor, puede generar la percepción de que fumar es normal.

- ⇒ *Aceptación social del tabaco:* La nicotina que tiene el tabaco es una droga, sin embargo, no tiene la misma connotación social que otras drogas ya que ésta es legal. Por otra parte, se logra la aceptación social dado que muchas personas importantes fuman, lo cual es visualizado en medios de comunicación.³⁵
- ⇒ *Publicidad:* La publicidad del tabaco generalmente trata de asociar sus productos con imágenes que crean una respuesta emocional positiva. Esto forma una asociación en el cerebro entre el producto y la respuesta emocional evocada por la publicidad.¹³ Las empresas tabacaleras utilizan estrategias de marketing perfectamente premeditadas para llegar a una población vulnerable menor de edad.³⁶ Las personas con baja autoestima pueden iniciarse tempranamente en el hábito de fumar, no sólo por dejarse arrastrar por la presión grupal, sino por tratar de buscar en este hábito algo que lo autoafirme y lo haga parecer importante o distinto ante los ojos de los demás.³²

2.1.6 Epidemiología

El tabaquismo es considerado una enfermedad crónica a nivel mundial con un alto índice epidemiológico, esta conducta a través de los años ha ido en aumento.

Según la Organización Mundial de la Salud (2005) el consumo de tabaco representa la principal causa única prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo actual. A inicios de los años 50 se hizo presente como problema de salud pública, no sólo por su magnitud, sino también por las consecuencias sanitarias que conlleva así como por sus elevados costos económicos y sociales, debido a que cada año supera la suma de todas las muertes causadas por tuberculosis, SIDA, accidentes y suicidios.³⁷ En Chile el consumo de tabaco corresponde a uno de los factores de riesgo más importantes de enfermedad y muerte, estimando que cada año mueren 15.000 personas por esta causa, que corresponde al 17% de la mortalidad total del país. Esto se debe a que existe una alta prevalencia de consumo de tabaco, lo que afecta a mujeres y hombres, siendo estos últimos los que representan el mayor índice de prevalencia, aunque cada vez se evidencia una disminución en la brecha tradicional que los separa.³⁷

En la tabla 1, aparece una comparación de las tendencias de consumo de tabaco en Chile desde 1994 a 2008. Incluye los porcentajes de personas que usaron tabaco alguna vez en la vida, durante el último año y durante el último mes.³⁸

En la tabla se observa un aumento del consumo de tabaco desde el año 1994 al 2008, principalmente en el consumo de tabaco alguna vez en la vida.

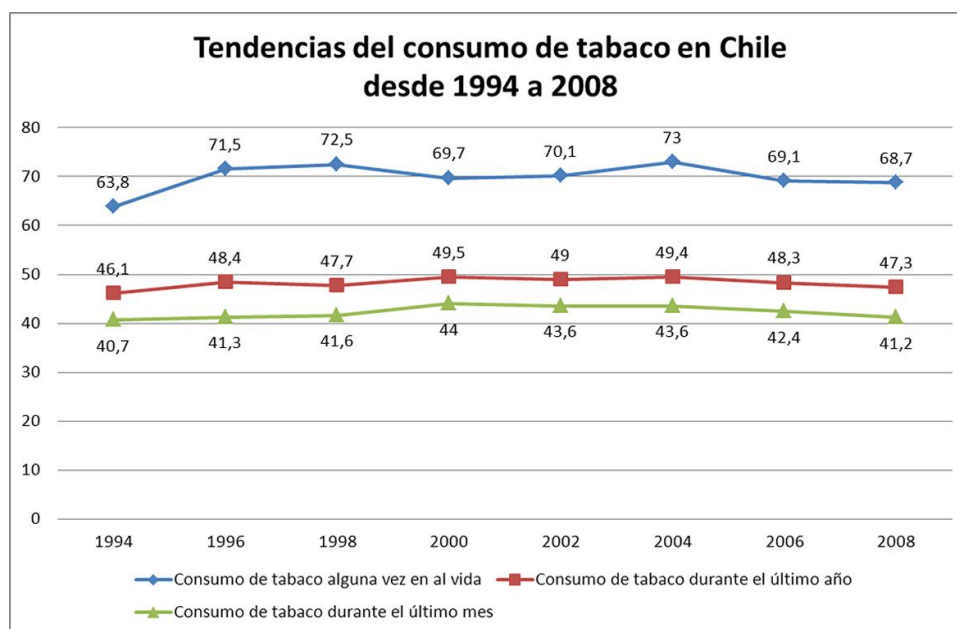


Tabla 1: Tendencias del consumo de tabaco en Chile, desde el año 1994 a 2008. CONACE 2008.

En la tabla 2, se muestra el consumo de tabaco en las distintas edades de la vida; en donde se observa el aumento que ha tenido el consumo en los distintos grupos etáreos desde 1994 a 2008, principalmente en el grupo de 45-64 años.³⁹

Consumo de tabaco en Chile por grupos etáreos desde 1994 a 2008

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Tabaco vida	63,8	71,5	72,5	69,7	70,1	73	69,1	68,7
12-18 años	43,1	50	47,3	49,7	47,7	49,6	44	48,4
19-25 años	71,2	78,5	78,5	76,6	77,5	80,8	76,1	77,2
26-34 años	71,5	76,1	77,9	73,8	72,9	79,2	77,2	75,4
35-44 años	75,5	80,6	82,5	77,4	79,1	78,6	72,2	68,7
45-64 años	56,2	69,2	72,7	69,2	71,2	74,8	72,7	71,7

Tabla 2: Consumo de tabaco en Chile por grupos etáreos, desde el año 1994 a 2008. CONACE 2008.

El Ministerio de Salud (2006) con el propósito de detener el avance del consumo de tabaco que constituye un importante factor de riesgo en nuestro país y de proteger a la población de la exposición al humo de tabaco ambiental, ha considerado oportuno y necesario promover el desarrollo de Políticas de Ambientes libres de humo de tabaco en el país. Por todo lo anterior se crea la Ley del tabaco.³⁷

Dentro de las medidas que ha tomado el Ministerio de Salud (MINSAL) para ayudar a los fumadores, se encuentra la Guía Clínica de la Cesación del Consumo de Tabaco, que promueve políticas de acción para que los profesionales de salud otorguen ayuda a la comunidad, entregando así un tratamiento oportuno en relación a las necesidades de cada persona.

2.1.7 Guía Clínica de La Cesación del Consumo de Tabaco¹

La Guía clínica del MINSAL tiene como objetivo ofrecer conocimiento y herramientas para apoyar la cesación del consumo del tabaco a los equipos de salud de atención primaria, motivar al equipo de salud para que la consejería antitabáquica se transforme en una acción cotidiana y por último introducir un modelo de intervención en cesación que considera métodos conocidos para el equipo de atención primaria.

♣ Tratamiento del tabaquismo.

Entre las modalidades para poder intervenir en las personas que consumen tabaco, encontramos las de tipo individual, grupal y poblacional. Existe una amplia gama de intervenciones efectivas para la cesación tabáquica, desde la simple entrega de material de autoayuda hasta los tratamientos intensivos para dejar de fumar.

Como en otras enfermedades crónicas, el tratamiento más efectivo de la dependencia al tabaco requiere del empleo de múltiples modalidades. Aunque la mayoría de los fumadores deja de fumar sin el uso de medicamentos, la farmacoterapia es un componente fundamental porque aumenta el éxito de la intervención en cesación.

Los fármacos efectivos para el tratamiento del tabaquismo son de dos tipos:

1.- Nicotínicos o sustitución de Nicotina:

- Goma de mascar
- Parches transdérmicos
- Inhaladores y spray nasal (aún no se encuentra a la venta en nuestro país).¹

2.- No nicotínico:

Bupropion SR: es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) con un mínimo efecto sobre la recaptación de indolaminas (serotonina) y que no inhibe la acción de ninguna monoaminoxidasa. Se desconoce el mecanismo por el cual bupropion potencia la capacidad de los pacientes para abstenerse de fumar. No obstante, se supone que en esta acción intervienen mecanismos noradrenérgicos y/o dopaminérgicos.⁴⁰

♣ **Modalidades de intervención grupal e individual**

El cambio de una conducta es un proceso que requiere de tiempo, motivación y el desarrollo de habilidades para superarlas. El proceso de dejar de fumar tiene un carácter personal, lo vive cada individuo y se inicia en el momento en que la persona comienza a cuestionar o a analizar su comportamiento actual. Para que una persona fumadora comience a pensar en dejar de fumar tiene que tener algún grado de motivación y en la medida que esta motivación al cambio aumenta, la persona avanza en el proceso, pero sólo intenta suspender el consumo si se siente capaz de lograrlo. La decisión y la motivación para dejar de fumar se generan a partir del análisis de las ventajas y beneficios personales de fumar y no fumar.¹

Es posible aumentar la motivación de las personas al abandono del consumo con acciones que ayuden a:

- Aumentar sus conocimientos con respecto a los efectos del tabaco, su vulnerabilidad, su situación actual de salud.
- Tomar conciencia de situaciones o cambios ambientales de su entorno cercano, ya sea familiar o laboral.
- Cambio en las prioridades personales.

Para que la persona se sienta capaz de intentar la suspensión del consumo necesita superar sus temores y desarrollar destrezas que mejoren su percepción de autoeficiencia.¹

Según el modelo de Prochaska y Di Clemente (1992)¹, en el proceso de dejar de fumar se distinguen cinco etapas sucesivas:

- ♣ **Precontemplación:** La persona no ha considerado la idea de cambiar la conducta, piensa que a él el tabaco no le perjudica y no está preocupado por el tema.
- ♣ **Contemplación:** El fumador está ambivalente, por una parte considera la necesidad de dejar de fumar, pero por otra no se encuentra en condiciones de hacerlo.

- ♣ **Preparación:** El fumador piensa que debe y puede dejar de fumar, es capaz de fijar una fecha para hacerlo y de plantearse cómo hacerlo.
- ♣ **Acción:** El fumador pone en práctica las estrategias aprendidas y desarrolla los planes que ha hecho con anterioridad para no fumar. Puede sufrir “caídas” cortas que puede superar si cuenta con las capacidades y el apoyo social.
- ♣ **Mantenimiento:** La persona lleva más de seis meses sin fumar y está evitando las recaídas para lo cual ha introducido cambios en su estilo de vida.¹

También existen herramientas que el personal de salud puede utilizar con los fumadores que se encuentran en el proceso de cesación del consumo de tabaco, entre las cuales podemos encontrar la estrategia de las 5 A's y la de las 5 R's:

Las **5 A's** fue elaborada por el National Cancer Institute de Estados Unidos, es una excelente herramienta para ayudar a los fumadores que **quieren dejar de fumar**:

1°A' Averiguar: Sobre el consumo de tabaco (si fuma, la cantidad de cigarrillos, si desea dejar de fumar y si ha intentado alguna vez dejar de fumar).

2°A' Aconsejar: El consejo siempre debe ser positivo ya que se está intentando que una persona cambie una conducta no saludable.

3°A' Acordar: Con el paciente el plan de intervención y las actividades para lograr dejar de fumar.

4°A' Ayudar: Al paciente a dejar de fumar, elaborando un plan de acción, analizando situaciones de riesgo, temores, obstáculos, practicando estrategias de enfrentamiento de situaciones problemas y estimulando la constitución redes de apoyo.

5°A' Acompañar: Al paciente en todo el proceso hasta que logre dejar de fumar.¹

Las **5 R's** es una intervención motivacional que se puede implementar después de haber averiguado que el paciente es fumador y que **no está motivado**. Ayuda a aumentar el nivel de motivación hacia la cesación del consumo:

1°R' Relevancia: Discutir con el paciente la importancia que tendría el dejar de fumar para él.

2°R' Riesgos: Ayudar a que el paciente identifique los riesgos de fumar.

3°R' Recompensas: Incentivar al paciente a que reconozca los beneficios de dejar de fumar.

4°R' Resistencias: Intentar que el paciente identifique las barreras para dejar de fumar y ofrecer ayuda para enfrentarlas.

5°R' Repetición: Se debe repetir esta estrategia cada vez que consulte un fumador no motivado.¹

Si esto se realiza en forma sistemática, se logra que muchos fumadores se motiven y concreten intentos por dejar de fumar.

♣ **Modalidad de intervención poblacional**

El “Déjalo y Gana” en nuestro país es una modalidad de intervención de baja intensidad dirigida a incentivar el abandono del consumo de tabaco. Está diseñada como un concurso, lo que permite lograr una comunicación social amplia. Se focaliza en los beneficios de no fumar por lo que es fácilmente aceptado, lo que permite posicionar el tema del tabaco en la población, conformar redes intersectoriales de trabajo en acciones de control del consumo de éste e incorporar a la empresa privada en acciones de salud pública.¹

2.1.8 Patologías provocadas por el tabaco, incluidas en las Garantías Explícitas en Salud (GES)

Existen enfermedades provocadas por el Hábito tabáquico que el gobierno ha incluido en las Garantías explícitas en salud, con el objeto de cubrir las demandas de atención de la población afectada.

Dentro de las cuales podemos encontrar:

- ♣ Infarto agudo al miocardio
- ♣ Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio
- ♣ Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de manejo ambulatorio
- ♣ Cáncer gástrico
- ♣ Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.
- ♣ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.⁴¹

2.1.9 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem, estableció los fundamentos teóricos para la disciplina de Enfermería. En el año 1959 publica su concepto de Enfermería y en 1971 publicó su libro “Nursing Concepts of Practice” donde presentó su teoría por primera vez, aunque se ha ido modificando a lo largo del tiempo pero no de manera significativa.

Dorothea Orem desarrolló una teoría de enfermería que subraya el autocuidado como una actividad aprendida, orientada al objetivo, consciente en el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar.

En 1991 Dorothea describe su filosofía de la enfermería de la siguiente forma:

“La enfermería tiene un compromiso especial con las necesidades del hombre de realizar acciones de autocuidado, y con la prestación y la gestión de éstas, de forma continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o las lesiones y afrontar sus efectos. El autocuidado es una necesidad de cualquier persona ya sea hombre, mujer o niño. Cuando no se mantiene el autocuidado se producirá el malestar, la enfermedad o muerte. Algunas veces la enfermera gestiona y mantiene continuamente el autocuidado necesario de personas que están totalmente incapacitadas. En otras circunstancias, las enfermeras ayudan a las personas a mantener el autocuidado necesario realizando algunas actividades necesarias del cuidado, supervisando a otros que ayudan a los clientes, e instruyendo y guiando a los individuos a medida que avanzan gradualmente hacia el autocuidado”.

Dorothea Orem dirige la atención de enfermería cuando el usuario es incapaz de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales. Siendo el objetivo de la enfermería aumentar la capacidad del usuario de satisfacer estas necesidades de forma independiente.

La teoría de Dorothea Orem incluye tres sub-teorías relacionadas:

- ♣ **Teoría de autocuidado:** consiste en la práctica de actividades que las personas maduras, o que están madurando, realizan de manera autónoma para mantener un funcionamiento vivo y sano, considerando todas las esferas que la componen como persona.

Por otra parte, la *teoría de autocuidado* se basa en cuatro conceptos:

- ⇒ **Autocuidado:** se refiere a aquellas actividades que una persona realiza de manera independiente a lo largo de su vida para proporcionar y mantener el bienestar personal.
- ⇒ **Gestión de autocuidado:** es la capacidad individual para realizar actividades de autocuidado e implica a dos gestores: un gestor de autocuidado (una persona que realiza el autocuidado con independencia) y el gestor de cuidados dependiente (una persona diferente al individuo que proporciona los cuidados).
- ⇒ **Requisitos de autocuidado o necesidades de autocuidado:** son medidas o acciones que se realizan para proporcionar autocuidados, de este concepto destacan tres categorías: Requisitos Universales comunes para todas las personas, Requisitos de Desarrollo y Requisitos de desviación de la salud.

- ⇒ *Demanda terapéutica de autocuidado*: se refiere a las actividades necesarias para mantener la salud y el bienestar de las personas.
- ♣ *Teoría de déficit de autocuidado*: siendo esta la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la actividad de autocuidado, en que las capacidades y actividades de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad de autocuidado existente o proyectada.
 - ♣ *Teoría de Sistema de Enfermería*: series y secuencias de las acciones prácticas deliberadas de los Profesionales de Enfermería que actúan de acuerdo a las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el desarrollo de las actividades de los pacientes.

♣ **Teoría de déficit de autocuidado.**

La idea central de esta teoría es que la necesidad de las personas que precisan de la enfermería se asocia a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras, relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

El déficit de autocuidado se produce cuando la gestión de autocuidado no es suficiente para cubrir la demanda necesaria. La teoría de déficit de autocuidado explica no sólo cuando son necesarios los cuidados de enfermería, si no cómo ayudar a las personas a través de cinco métodos de ayuda: actuando o supliendo, guiando, enseñando, apoyando y proporcionando un entorno que fomente las capacidades de la persona para cubrir demandas actuales y futuras.^{42, 43, 44}

De este modo, los integrantes del Equipo de Enfermería que consumen tabaco estarían realizando prácticas que interfieren en su autocuidado y, por tanto, en el mantenimiento de su salud y bienestar.

2.1.10 Profesionales del Equipo de Enfermería

♣ Enfermería en Equipo:

En los decenios de 1950 y 1960 el profesional de enfermería se convirtió en líder del equipo de salud, que en conjunto con un grupo de integrantes proporcionaban distintos cuidados de enfermería en una serie de pacientes.

El Equipo suele integrarse por personas con diversas capacidades, como enfermeras registradas, que suelen quedar al mando del equipo; enfermeras practicantes con licencia, y asistentes de enfermería o personal de salud sin licencia.⁴⁵

♣ Profesional de Enfermería:

La formación del Profesional de Enfermería se desarrolla en un período académico de pregrado de 5 años donde se imparten conocimientos teóricos prácticos para cuidar de los pacientes proporcionando un cuidado integral; el ejercicio de la Enfermería incluye enseñanza y colaboración, liderazgo e investigación que implica responsabilidades específicas para satisfacer las necesidades inmediatas y futuras de los pacientes, familia y comunidad, mediante intervención directa. El liderazgo en Enfermería requiere de cuatro acciones, cada una de las cuales promueve el cambio y el logro final de los objetivos: tomar decisiones, establecer una relación, ejercer influencias y facilitar las situaciones. De esta manera, el liderazgo es un proceso en que el Profesional de Enfermería se vale de sus habilidades interpersonales para introducir cambios en la conducta de otras personas.

Otras de las funciones implícitas de la enfermería es la investigación, donde la tarea principal es contribuir a la base científica de esta práctica, ya que se necesitan estudios para determinar la efectividad de las intervenciones y la atención de enfermería.⁴⁵

♣ Técnico de enfermería:

Integrante del equipo de salud, capacitado a través de una formación normado por el Ministerio de Salud para desempeñarse en actividades básicas, el cual responde y atiende emergencias, ayuda en aseo y confort al paciente y asiste en distintos procedimientos supervisados por un profesional de enfermería o en los distintos niveles de atención, supervisados por el profesional universitario correspondiente.⁴⁶

Los Profesionales de Enfermería y Técnicos de enfermería anteriormente nombrados son nuestro grupo de estudio.

2.1.11 Rol del Profesional de Enfermería en relación al Hábito Tabáquico

El modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización del autocuidado cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado, es decir, cuando se presenta el déficit de autocuidado; es aquí donde debe intervenir el Equipo de salud, que son los encargados de velar por las personas, preocupándose por cuidar la salud de la población e intentando prevenir y tratar enfermedades.

El profesional de Enfermería ocupa un lugar destacado en el abordaje del tabaquismo por su accesibilidad al fumador, debido a la capacidad para influir de modo positivo o negativo en él. De esta manera, se pueden mencionar tres funciones a desempeñar para controlar y erradicar el consumo de tabaco en la población, entre ellas encontramos:

- 1. Función modélica o ejemplar:** Las conductas de salud de las enfermeras (os) inciden de forma negativa o positivamente sobre las conductas de salud de la población. En relación a los profesionales de enfermería que no fuman, provocan que la gente no fume, reforzando el mensaje de que el tabaco es perjudicial para la salud. Sin embargo, los que fuman haciendo esta práctica públicamente, ejercen una fuerte influencia negativa en relación al control y prevención del tabaquismo.^{47, 48, 49}
- 2. Función educativa:** La educación es una responsabilidad de los profesionales de enfermería, porque es la principal herramienta para promover estilos de vida saludables, fomentar la prevención y control del tabaquismo y además, educar sobre el tratamiento, rehabilitación y recuperación del consumo del tabaco en la población. Por otra parte, la educación proporcionar acciones para la existencia de ambientes saludables tanto en los establecimientos de salud como en la comunidad. También, apoya la cesación del consumo del tabaco directamente a través de una serie de intervenciones posibles de implementar en la Atención Primaria.^{47, 48, 49}
- 3. Función terapéutica:** La investigación del hábito tabáquico como antecedente mórbido en la Historia Clínica es obligada en todos los pacientes que acuden a los servicios clínicos, siendo una de las tantas funciones del profesional de enfermería. Las enfermeras ocupan una posición única para impulsar las estrategias de prevención y abandono del tabaco. Es importante que estos

profesionales comprendan la adicción física y psicológica a la nicotina y la función social que desempeña en la vida de muchas personas. Además, deben facilitar un entorno sin juicios negativos que fomente un enfoque positivo favorable para dejar de fumar y no inspire culpabilidad o reproche.^{47, 48, 49}

Entre las causas principales de la alta incidencia del tabaquismo que merman la salud laboral existente en los Profesionales de salud, se encuentran la importante y creciente responsabilidad en su trabajo, los constantes cambios de turno, la falta de reconocimiento social e institucional, las dificultades de promoción profesional, entre otras.^{50, 51}

En cuanto al mantenimiento del hábito tabáquico en el equipo de enfermería, se relaciona en forma principal a la nicotina a través de sus efectos psicofarmacológicos. También existen otros factores que acaban condicionando la conducta tabáquica en determinadas situaciones, tales como: después de comer; con los amigos, en reuniones sociales, cansancio, ausentismo en el hogar, entre otros.

Finalmente, el entorno social, la publicidad y la identificación social al consumo de tabaco en el que se mueven los profesionales de salud, puede ser un factor facilitador de dicho mantenimiento o coadyundante en recaídas.

Por último mencionar que, el temor o miedo de dejar de fumar se puede hacer presente de diversas maneras, como miedo a engordar, miedo al síndrome de abstinencia, miedo al fracaso y en general, justifica el seguir fumando.^{50, 51}

2.2 Objetivo General

2.2.1. Determinar la presencia de Hábito tabáquico en Equipo de Enfermería que trabaja en los servicios del Hospital San Camilo.

2.2.2. Determinar los factores personales, familiares y socioculturales del Equipo de Enfermería que trabaja en los servicios del Hospital San Camilo.

2.3 Objetivos Específicos

2.3.1. Determinar el porcentaje de fumadores del Equipo de Enfermería del estudio.

2.3.2. Identificar los tipos de fumadores del Equipo de Enfermería del estudio.

2.3.3. Conocer la cantidad de cigarrillos consumidos por parte del Equipo de Enfermería del estudio.

2.3.4. Identificar los factores Personales de Equipo de Enfermería, del estudio.

2.3.5. Identificar los factores Familiares de Equipo de Enfermería, del estudio.

2.3.6. Identificar los factores Socioculturales de Equipo de Enfermería, del estudio.

2.4 Operacionalización de variables

<u>Variab</u> les	<u>Definición</u> <u>Conceptual</u>	<u>Dimensión</u>	<u>Indicador</u>
Hábito Tabáquico en el Equipo de Enfermería	Consumo de uno o más cigarrillos durante el día de forma permanente en el tiempo, por parte de los Profesionales de Enfermería y Técnicos de enfermería del estudio.	Tipo de fumador	Activo Pasivo No fuma Ex fumador
		Número de cigarrillos	1 a 5 cigarrillos 6 a 10 cigarrillos 11 a 20 cigarrillos 21 ó más
		Frecuencia en el tiempo	Al día A la semana Al mes Nunca

Factores Personales	Condiciones propias del profesional de enfermería, Técnicos de enfermería y Auxiliares paramédicos del estudio.	Edad	Menor de 20 años De 20 a 30 años De 31 a 40 años De 41 a 50 años De 51 a 60 años Mayor de 60 años
		Sexo	Masculino Femenino
		Edad de inicio del consumo de tabaco	Menor de 18 años Entre 18 y 25 años Entre 26 y 30 años Más de 30 años
		Jornada de trabajo	-Diurna -Sistema de turno
		Estado civil	Soltera/o Casada/o Viuda/o Separada/o Conviviente

		Número de hijos	No tiene 1 a 2 3 a 4 5 ó más
		Conocimientos sobre problemas de salud causados por el tabaco	-Si -No
		Conocimientos sobre componentes del cigarrillo	-Nombre 2 ó más.
		Conocimientos sobre la Ley del tabaco	-Si -No
		Motivación para fumar	-Estrés -Agotamiento -Dieta -Alegría -Rabia -Tristeza -Angustia -Otros

		Ocasiones en que fuma	<ul style="list-style-type: none"> -Con amigos -Con la familia -En fiestas -En la noche -Después de las comidas -Cuando está solo -Otros
		Ambientes donde fuma	<ul style="list-style-type: none"> -Casa -Aire libre -Trabajo -Otros
Factores Familiares	Características del grupo de personas que están relacionadas en forma biológica, emocional y/o legal que habitan el mismo lugar que las personas del estudio.	Nº de personas que integran el grupo familiar	<ul style="list-style-type: none"> Vive solo Con 1 a 2 personas Con 3 a 4 personas Con 5 ó más
		Presencia de fumadores dentro de su hogar.	<ul style="list-style-type: none"> Si No
		Nº de personas que fuman en la casa	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno De 1 a 2 personas De 3 a 4 personas De 5 ó más personas

Factores Socioculturales	Características del entorno en el cual viven los profesionales de enfermería y los técnicos paramédicos del estudio.	Influencia de la publicidad	Sí No
---------------------------------	--	-----------------------------	----------

CAPITULO 3 METODOLOGÍA

3.1 Metodología

3.1.1 Tipo de diseño de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo-descriptivo y transversal-exploratorio. Esto se encuentra determinado porque no se realiza una intervención directa y no se busca realizar una proposición en base a una hipótesis; sino que se pretende dar a conocer el hábito tabáquico en Equipo de Enfermería del Hospital San Camilo en un tiempo determinado.

3.1.2 Organización del trabajo en grupo

El grupo se encuentra constituido por 8 estudiantes de IV año de la carrera de Enfermería de la universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, de los cuales 5 integrantes fueron elegidos al azar por docentes de cátedra de Metodología de la investigación durante el año 2009; posteriormente en el año 2010 se agregaron 3 integrantes más para conformar el seminario de tesis.

El tema tratado corresponde al área de Enfermería del adulto y fue escogido de manera consensuada por los alumnos y docente guía, profesora Ingrid Ramírez.

El criterio que se utilizó para escogerlo fue, que sea un tema relevante para el individuo, la familia y la comunidad y por supuesto de la incumbencia del Equipo de Enfermería.

Para lograr una mejor organización del grupo tesis, se denominó una directiva conformada por:

- ♣ Presidenta: Evelyn Mondaca.
- ♣ Vicepresidentes: Natalie Pacheco y Carlos Neculmán.
- ♣ Secretarías: María José Hidalgo, Gabriela Ponce y María José Sandoval.
- ♣ Tesoreras: Patricia Henríquez y Lina Montenegro.

3.1.3 Población en Estudio-Definición del Universo

El estudio se realizó en 179 Profesionales de Enfermería y Técnicos de enfermería del Hospital San Camilo de la ciudad de San Felipe, entre 18 y 60 años, de ambos sexos, en el período junio-julio del año 2010.

3.1.4 Diseño muestral

♣ Muestreo Probabilístico

La metodología para determinar el tamaño muestral de este estudio, se basa en la estimación de una proporción, para ello debemos considerar lo siguiente:

1. El nivel de confianza o seguridad $(1-\alpha)$. El nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente $(Z\alpha)$. Para una seguridad del 95% = 1.96. En nuestro estudio utilizaremos un nivel de confianza del 95%
2. También es importante mencionar que la población es finita por lo que nuestro es $N=289$ funcionarios

Este diseño corresponde a un Muestro Probabilístico Estratificado, lo que se traduce en la siguiente formula:

$$n = f_1 n_1 + f_2 n_2 + \dots + f_k n_k \qquad n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 p * (1-p)}{(N-1) * e^2 + Z_{\alpha/2}^2 p * (1-p)}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- e = precisión (o error).
- f_i = afijación proporcional a la muestra
- n_1 = tamaño muestral del estrato

Nivel Confianza del 95%								
	N	% Afijación proporcional	Muestra con 5% error	Muestra con 6% error	Muestra con 7% error	Muestra con 8% error	Muestra con 9% error	Muestra con 10 % error
Total	285	100,0%	179	151	127	107	91	78
Profesionales de Enfermería	51	17,9%	32	27	23	19	16	14
Técnicos de enfermería	234	82,1%	147	124	104	88	75	64

Tabla 3: Tamaño de diseño muestral.

Se trabajará con un nivel de confianza de un 95% y un error de muestreo del 5%, siendo la muestra total de 179 integrantes del Equipo de Enfermería, correspondientes al 62,8% del universo de Profesionales de Enfermería y Técnicos de Enfermería que se desempeñan en las dependencias del Hospital San Camilo, ciudad San Felipe.

3.1.5 Método de recolección de datos

En la recolección de datos para medir las variables del estudio, se aplicó un cuestionario autoaplicable a 179 integrantes del Equipo de Enfermería que se desempeñan en el Hospital San Camilo, San Felipe. Asistimos a los distintos servicios, en los cuales se aplicó el instrumento, previo se hizo firmar el consentimiento informado (Ver Anexo N° 4), explicando la forma en que deben contestar, enfatizando el anonimato, la voluntariedad y la confidencialidad como requisitos éticos fundamentales que se cumplirían en el manejo de sus respuestas.

3.1.6 Descripción de (los) instrumento(s)

El cuestionario consta de 14 preguntas. En la primera parte se solicitan datos generales del encuestado, luego se continúa con preguntas relacionadas con el cigarrillo, para luego finalizar con preguntas de características familiares (Ver Anexo N° 5).

3.1.7 Estudio de confiabilidad de (los) instrumento(s)

Previo a la aplicación del instrumento se realizó la prueba de confiabilidad del cuestionario, la cual se hizo en 6 funcionarios, previa firma del consentimiento informado.

Los objetivos de realizar esta prueba fueron:

1. Determinar el tiempo promedio a utilizar en la aplicación del cuestionario.
2. Identificar preguntas que podrían ser modificadas.
3. Determinar posibles dificultades en la aplicación del cuestionario que no habían sido previstas por los alumnos tesisistas.
4. Considerar sugerencias y opiniones de los funcionarios del Equipo de Enfermería del Hospital San Camilo, San Felipe.

A través de su aplicación se logró determinar qué:

1. La aplicación del cuestionario tendría una duración promedio de 15 minutos.
2. Las preguntas realizadas, son atingentes a la información que se busca obtener, sin embargo, fue necesario modificar algunas de ellas en cuanto a su redacción, ya que se observó cierta dificultad de comprensión por parte de los integrantes del Equipo de Enfermería y, además se agregaron algunas alternativas para los no fumadores.

3.1.8 Método de procesamiento y análisis

♣ Vaciamiento de Datos:

La tabulación de los datos se realizó en un Laptop, con procesador AMD Atholon(tm) 64 X2 Dual-Core Processor TK-57 GHz, Memoria RAM: 2.00 GB Sistema operativo de 32 bitss; con Sistema operativo Windows 7 Ultimate.

La información que se obtuvo de los cuestionarios fue ingresada al programa computacional SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Science) para Windows, con el fin de ser procesada. El informe se elaboró con el programa Microsoft Office Word 2007.

❖ **Criterios para efectuar el Análisis de la Información:**

Para el análisis de la información, los tesisistas establecieron niveles, mediante la entrega de puntaje a las alternativas del cuestionario, definiéndose de la siguiente forma:

- ❖ Para obtener las personas que poseen **Hábito Tabáquico**, dentro de los fumadores del Equipo de Enfermería, se dio un puntaje de 0 a 4 a las preguntas correspondientes (1, 2, 3, 4, 5, 9 y 12) al hábito tabáquico, quedando de este modo:

Puntaje: (de un total de 30 puntos)

- No tiene Hábito tabáquico: De 0 a 15 puntos
- Tiene Hábito Tabáquico: De 16 a 30 puntos

❖ **Conocimiento sobre componentes del cigarrillo:**

Se revisaron las respuestas de los encuestados en cada cuestionario, contabilizando sólo las respuestas correctas sobre los componentes del cigarrillo, quedando los siguientes niveles:

No tiene conocimiento (0 respuesta correctas)

Bajo conocimiento (1 respuesta correcta)

Medio conocimiento (de 2 a 3 respuestas correctas)

Alto conocimiento (4 o más respuestas correctas)

❖ **Conocimiento sobre los problemas de salud provocados por el tabaco:**

De igual forma que en el ítem anterior, se revisaron las respuestas de los encuestados, contabilizando sólo las respuestas correctas, quedando los siguientes niveles:

No tiene conocimiento (0 respuesta correcta)

Bajo conocimiento (1 respuesta correcta)

Medio conocimiento (de 2 a 3 respuestas correctas)

Alto conocimiento (4 o más respuestas correctas)

❖ **Preguntas 12 (motivación para fumar) y 13 (ocasiones en que fuma):**

En ambas preguntas se permitió marcar más de una respuesta, por lo que los resultados se entregan en número de personas y no en porcentajes.

3.1.9 Organización del trabajo en terreno

Previo a la aplicación del instrumento se redactó una carta a la Enfermera Coordinadora del Hospital San Camilo, E.U. Sra. Adriana Rojas, con el fin de solicitar permiso para realizar el estudio en este establecimiento. A su vez, también se envió una carta al Comité de Ética del Hospital San Camilo.

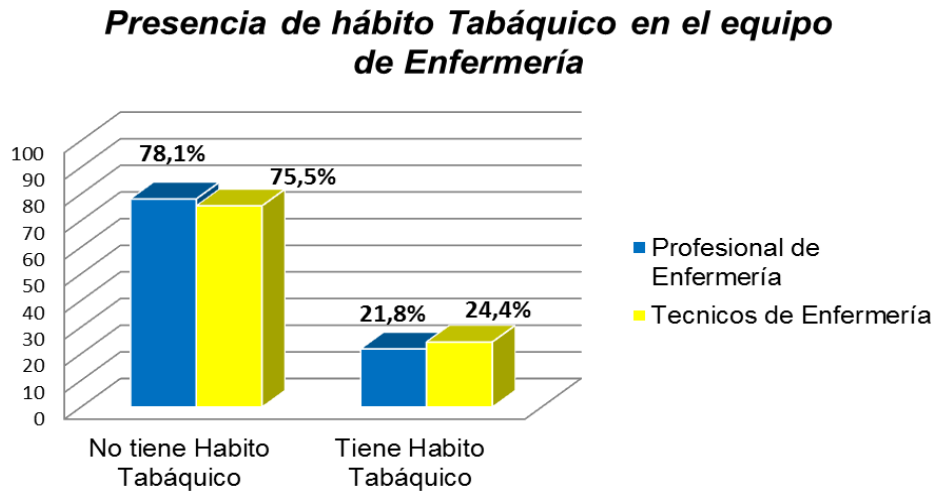
Al contar con las autorizaciones correspondientes, los estudiantes tesistas procedieron a aplicar el cuestionario; el grupo se dividió en 3 subgrupos, uno de 3 tesistas y dos de 2 tesistas, sólo 1 tesista quedó exclusivamente para tabulación posterior de los datos. El grupo de 3 tesistas, junto con un grupo de 2 tesistas fueron a aplicar el cuestionario en el turno de día y el otro grupo de 2 tesistas lo aplicaron en el turno de noche.

CAPITULO 4 RESULTADOS

4.1 Análisis Descriptivo de los Resultados:

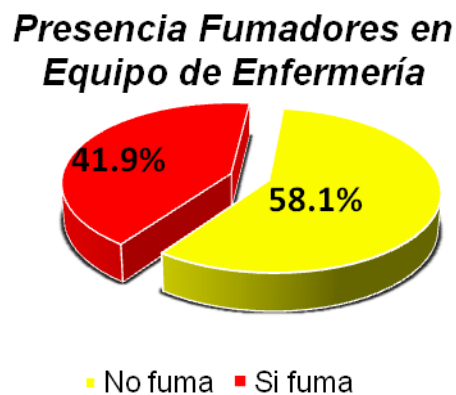
A continuación se dará a conocer los resultados y análisis descriptivos del estudio:

Grafico 4.1



De los Profesionales de Enfermería, el 78,1% no presenta Hábito tabáquico, mientras que en los Técnicos de Enfermería es un 75,5%, por lo tanto, es levemente menor el Hábito Tabáquico en este último grupo.

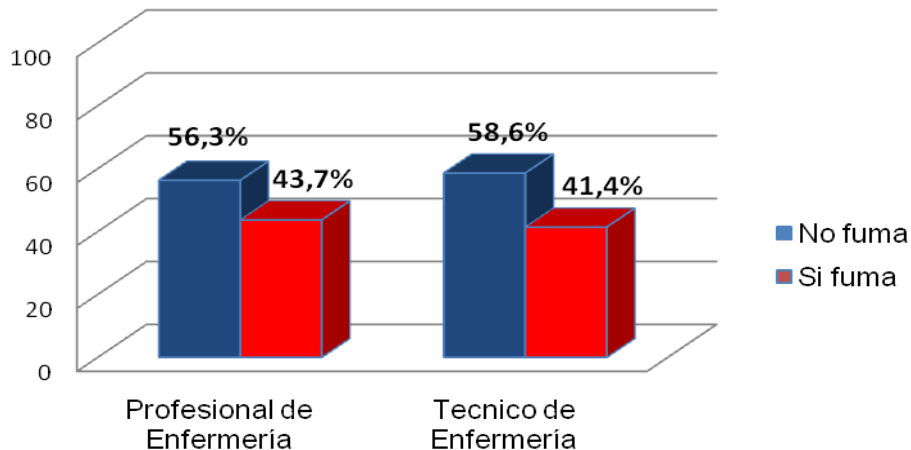
Gráfico 4.2



El 58,1% del Equipo de Enfermería No fuma y el 41,9% Sí fuma.

Gráfico 4.3

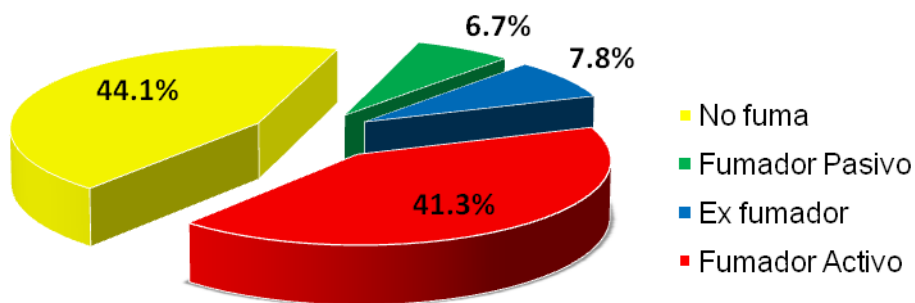
Presencia de fumadores en Profesional y Técnico en Enfermería



El 43.7% de los Profesionales de Enfermería fuman y el 41.4% de los Técnicos de enfermería no fuman

Gráfico 4.4

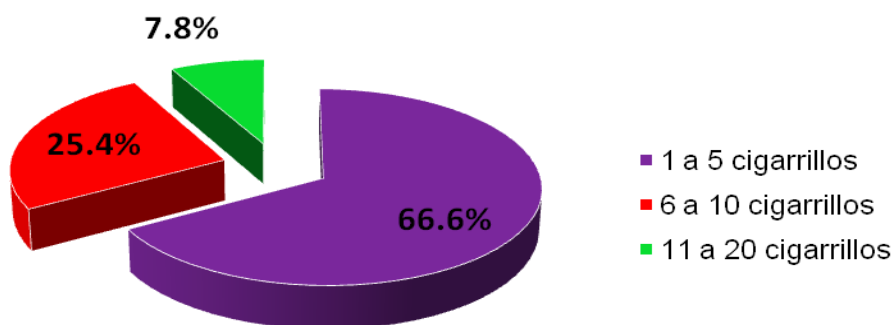
Tipo de fumador en Equipo de Enfermería.



Del Equipo de Enfermería el 44.1% No fuma, el 41.3% es Fumador activo, el 7.8% es Ex fumador y el 6.7% es Fumador pasivo.

Gráfico 4.5

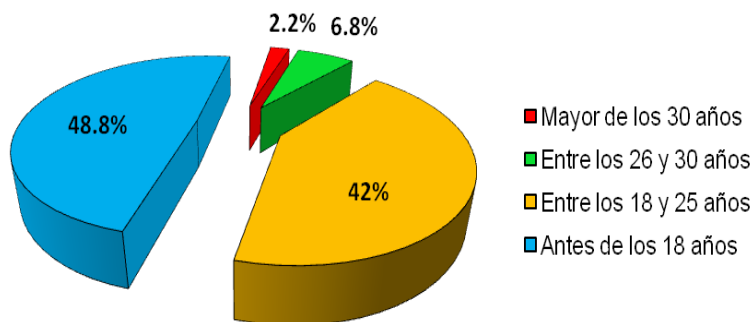
Cantidad de Cigarrillos fumados al día



El 66,6% de los fumadores del Equipo de Enfermería fuma de 1 a 5 cigarrillos al día, el 25,4% fuman de 6 a 10 cigarrillos al día y el 7,8% fuman de 11 a 20 cigarrillos al día.

Gráfico 4.6

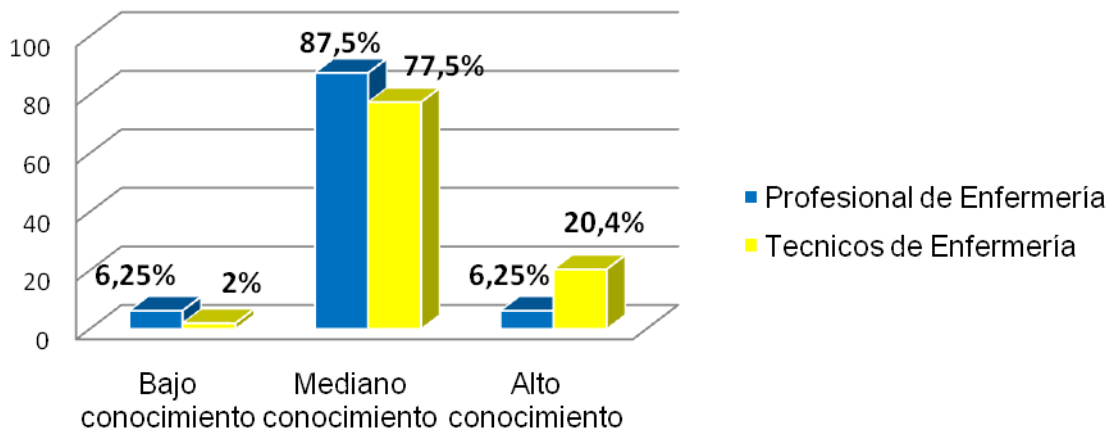
Edad de inicio consumo de tabaco.



El 48,8% de los fumadores y ex fumadores del Equipo de Enfermería inició el consumo de tabaco antes de los 18 años, el 42% entre los 18 - 25 años, el 6,8% entre los 26 – 30 años y el 2,2% inició el consumo después de los 30 años de edad.

Gráfico 4.7

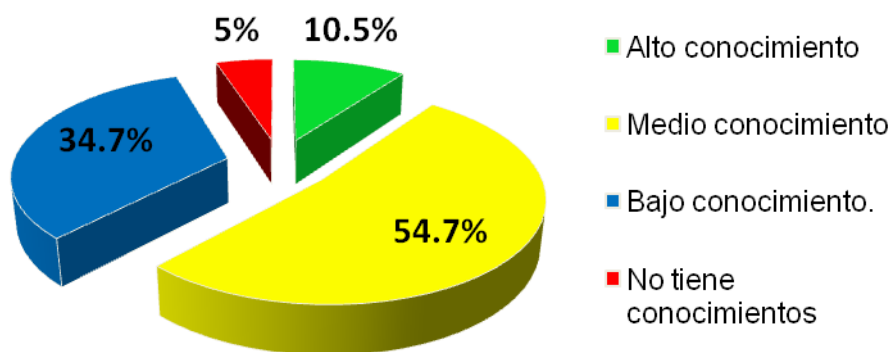
Conocimiento del Equipo de Enfermería sobre el Tabaco



En los Profesionales de Enfermería el 87,5% presenta mediano conocimiento sobre el Tabaco y en los Técnicos de enfermería el 77,5% presenta mediano conocimiento.

Gráfico 4.8

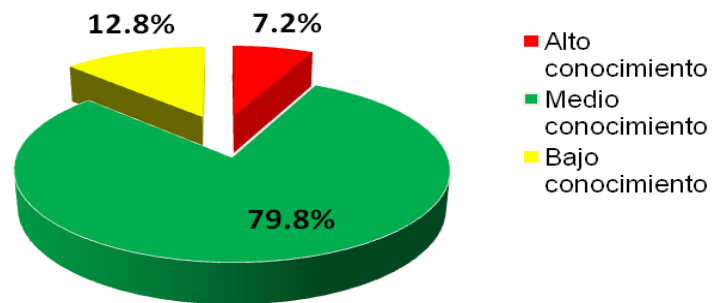
Nivel de conocimientos sobre problemas de salud causados por el tabaco.



El 54.7% del Equipo de Enfermería tiene medio conocimiento.

Gráfico 4.9

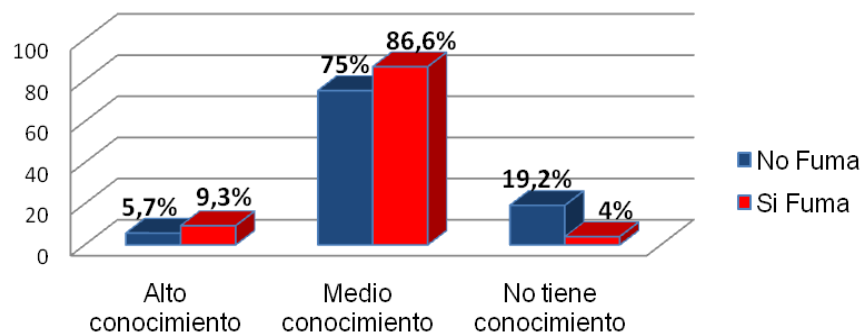
Nivel de Conocimientos sobre los componentes del cigarro.



El 79.8 % del total de los integrantes del Equipo de Enfermería presentan medio conocimiento, el 12.8 % presentan bajo conocimiento y el 7.2 % presenta alto conocimiento sobre los componentes del tabaco.

Gráfico 4.10

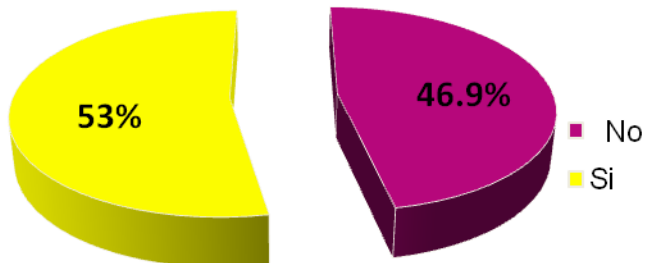
Nivel de Conocimientos sobre los componentes del cigarrillos en Fumadores y No Fumadores



De los Fumadores, el 86.6% presentan nivel medio de conocimiento y de los No fumadores, el 75% presentan nivel medio de conocimiento sobre los componentes del tabaco.

Gráfico 4.11

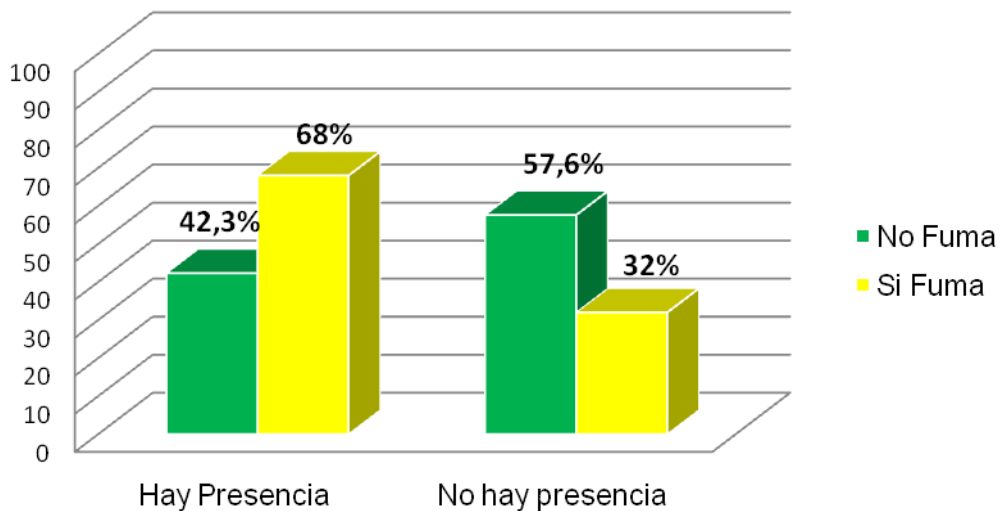
Presencia de Fumadores dentro del hogar



Del total de los encuestados, el 53% tiene fumadores dentro del hogar, mientras que el 46.9% no tiene.

Gráfico 4.12

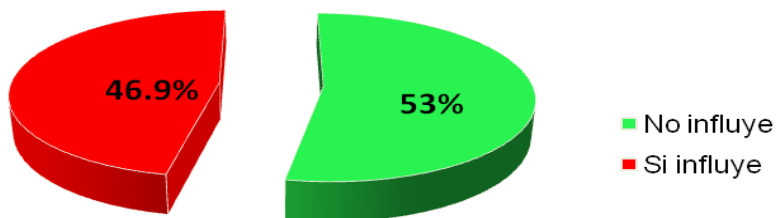
Presencia de Fumadores dentro del hogar del encuestado, con y sin consumo de cigarrillo



De los Fumadores, el 68% presenta fumadores dentro de su hogar y de los No fumadores, el 42.3% presenta fumadores dentro de su hogar.

Gráfico 4.13

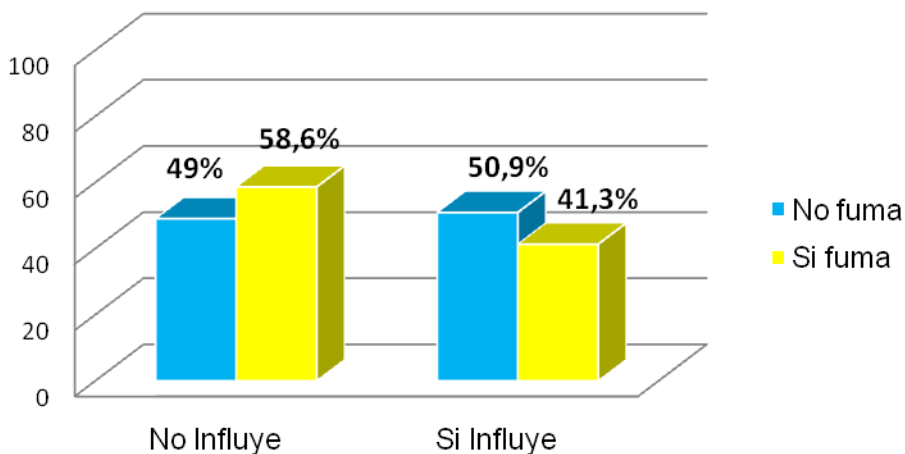
Influencia de la publicidad del tabaco



El 53% de los encuestados refiere que la publicidad del tabaco no influye en su consumo.

Gráfico 4.14

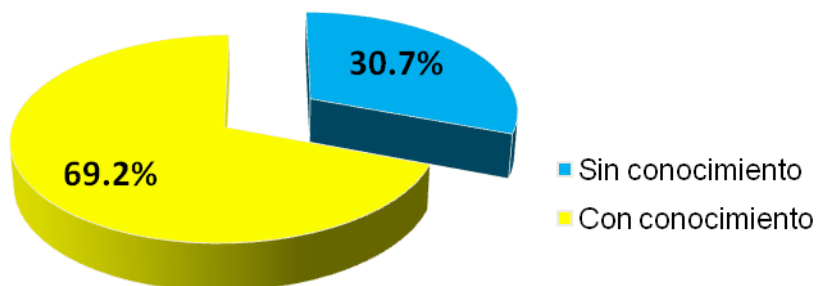
Influencia de la publicidad del tabaco en Fumadores y No fumadores



De los Fumadores, el 58.6% opina que la publicidad del tabaco no influye en su consumo.

Gráfico 4.15

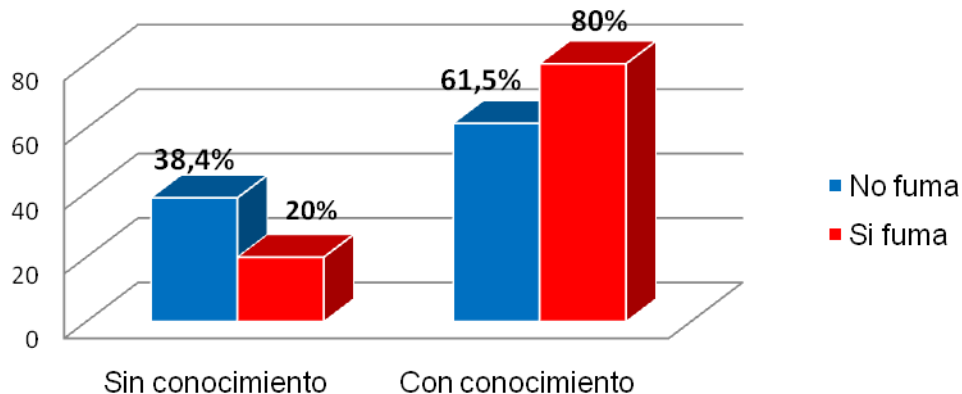
Presencia de conocimientos sobre la ley del tabaco en Equipo de Enfermería



El 69.2% del Equipo de Enfermería si tiene conocimientos sobre la ley del tabaco.

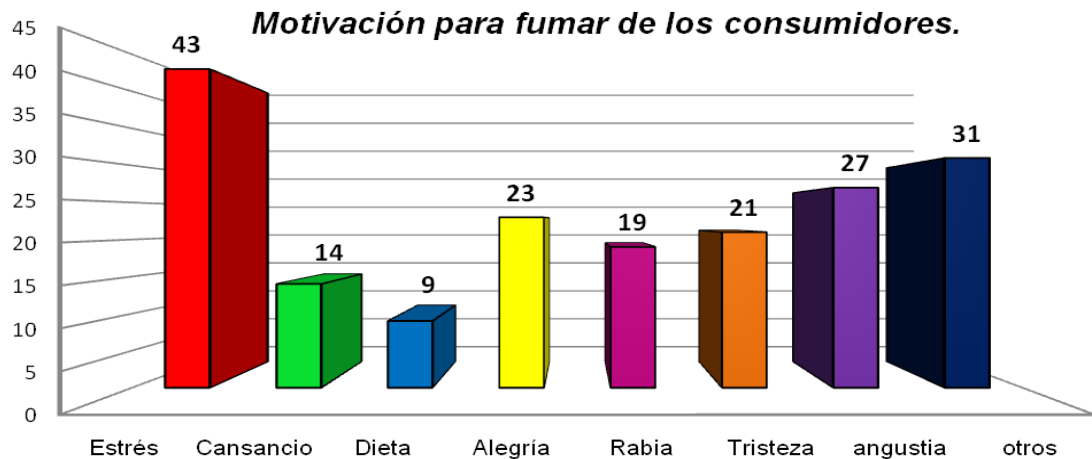
Gráfico 4.16

Conocimientos sobre la Ley del tabaco en Fumadores y No Fumadores



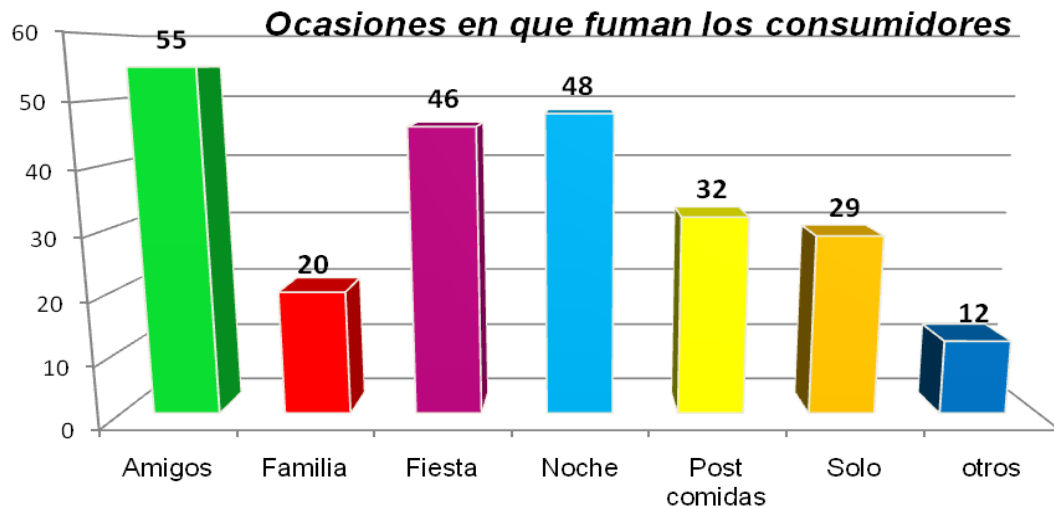
El 80% de los Fumadores tiene conocimientos sobre la ley del tabaco y el 61,5% de los No fumadores tiene conocimientos.

Gráfico 4.17



Del total de los Fumadores, 43 personas fuman por Estrés.

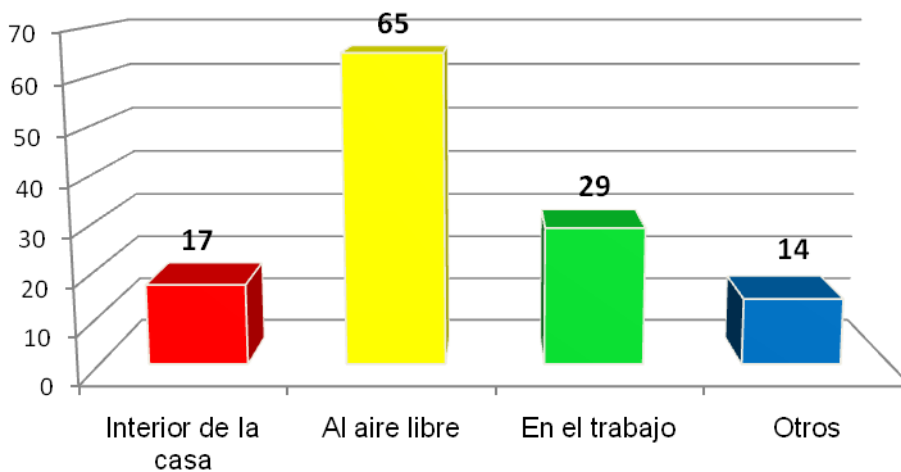
Gráfico 4.18



Del total de los Fumadores, 55 personas consume tabaco con los amigos, 48 personas consume en la noche, 46 personas consume en fiestas, y en menor cantidad consume en otras ocasiones (como “para ir al baño” y “después de la relación sexual”).

Gráfico 4.19

Ambiente en que fuman los consumidores



Del total de Fumadores, 65 personas fuman al aire libre, 29 personas en el trabajo, 17 personas al interior de la casa y 14 personas en otros ambientes (como “los Pubs” y “Restaurant”).

CAPITULO 5 CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

1. Se determinó en los resultados del estudio que la presencia de consumo de tabaco en el Equipo de Enfermería es de un 41.9%, acercándose a la tendencia de consumo de tabaco de la población Chilena, de un 41.2%, según MINSAL.
2. El estudio arrojó que los Profesionales de Enfermería y los Técnicos de enfermería mantienen un consumo de tabaco similar, con un 43.7% en los Profesionales v/s un 41.4% en los Técnicos; siendo levemente mayor en los Profesionales de Enfermería.
3. Dentro del Equipo de Enfermería existe una presencia de Hábito Tabáquico levemente mayor en los Técnicos de enfermería, con un 24.4%, en comparación con los Profesionales de Enfermería, con un 21.8%.
4. En relación a la edad de inicio del consumo de tabaco en el grupo de estudio: un 48,8 % lo inició antes de los 18 años, coincidiendo con el estudio del CONACE (2008), el cual señala que el 48,4% de las personas que han consumido tabaco alguna vez en la vida lo inicia entre los 12 a 18 años.
5. Según el estudio, el 54.7% de los Fumadores tiene un conocimiento medio sobre los problemas de salud provocados por el consumo de tabaco, los cuales identificaron 2 a 3 problemas, reconociendo principalmente las afecciones respiratorias, cardiovasculares y cáncer; y escasamente mencionando otros como problemas dentales y envejecimiento.
6. El estudio arrojó que los Fumadores y los No fumadores presentan conocimientos medios sobre los componentes del cigarrillo, con un 96% en los Fumadores y un 80,7% en los No fumadores.
7. El estudio refleja que el 68% de los Fumadores tiene al interior de sus hogares personas fumadoras, a diferencia de los No fumadores, en donde la presencia de fumadores es de 42.3%. De estos datos se deduciría la importancia e influencia que poseen los familiares del hogar con respecto al consumo de tabaco y al fortalecimiento de este hábito.

8. El 53% de los integrantes del Equipo de Enfermería refirió que la publicidad del tabaco no influye en el consumo.
9. El estudio refleja que el 80% de los Fumadores del Equipo de Enfermería presenta conocimientos referente a la ley del tabaco y el 61.5% de los No fumadores también posee conocimientos, deduciéndose que los Fumadores tienen mayor conocimiento de la ley, ya que esta ley se aplica dentro de este centro hospitalario.
10. Cuarenta y tres Fumadores del Equipo de Enfermería, manifiestan el Estrés como el primer motivo de consumo de tabaco.
11. Los Fumadores del Equipo de Enfermería manifiestan que las ocasiones en que consumen tabaco es principalmente en actividades sociales, como cuando se comparte con amigos (73.3%) y en fiestas (61.3%). De esto se deduce que el consumo de tabaco tiene una consideración de carácter social.
12. Los Fumadores del Equipo de Enfermería, refirieron que el ambiente en el que fuman es principalmente al aire libre (86.6%).

5.2 Recomendaciones

- 1) En base a las conclusiones del estudio, se sugiere realizar talleres educativos a los integrantes del Equipo de Enfermería y otros funcionarios del hospital, para promover y/o reforzar estilos de vida saludables, entregando herramientas de autocuidado, tales como actividad física, técnicas de relajación, baile entretenido, música ambiental durante el horario de trabajo para lograr cambios de conductas en relación al hábito tabáquico.
- 2) Aplicar políticas institucionales de cesación del consumo de tabaco en el interior del Hospital San Camilo, con el fin de ayudarlos a disminuir el Hábito tabáquico o en lo posible eliminar esta conducta.
- 3) Fomentar desde el interior de la familia, la prevención del consumo de tabaco, ya que influyen en la adquisición de estas conductas; enfatizando en la prevención desde etapas tempranas, puesto que la mayoría inicia el consumo de tabaco antes de los 18 años.
- 4) Reforzar las conductas positivas, es decir no fumar o dejar el hábito tabáquico, a través de concursos realizados a nivel de sindicatos de trabajadores.
- 5) Promocionar alternativas que beneficien un estilo de vida saludable en los lugares y horarios en donde los integrantes del Equipo de Enfermería suelen fumar, por ejemplo: de afiches al interior del Hospital, en lugares visibles y concurridos, como casino, camarines de damas y varones, sala de estar del personal en cada servicio, baños, reloj control.
- 6) En el Hospital San Camilo integrar las Pausas Saludables en el Equipo de Enfermería, para mejorar la calidad de vida integral, que considere el bienestar físico y mental; permitiendo crear un ambiente de armonía y relajación, con el fin de disminuir el estrés de sus funcionarios.

5.3 Resumen

El estudio realizado en esta investigación es de tipo cuantitativo-descriptivo, transversal-exploratorio, que consistió determinar la presencia de hábito tabáquico en el Equipo de Enfermería, en una muestra que corresponde a 179 Profesionales de Enfermería y Técnicos paramédicos del Hospital San Camilo de la Comuna de San Felipe, entre 18 y 60 años, de ambos sexos, en el período Junio-Julio del año 2010.

El objetivo principal de este estudio, ha sido determinar si existe o no presencia de hábito tabáquico en el Equipo de Enfermería que se desempeñan en el Hospital San Camilo, Comuna de San Felipe. Para lograr dicho objetivo fue necesario elaborar un cuestionario que midió la presencia de hábito tabáquico, así mismo los factores personales, factores familiares y factores socioculturales.

El análisis de los resultados concluyó que, el 21,8% de los Profesionales de Enfermería presentan Hábito Tabáquico, mientras que en los Técnicos de Enfermería corresponde a un 24,4%.

Los factores personales y familiares tienen una mayor influencia en la adquisición del hábito tabáquico en comparación con los factores socioculturales.

Con lo señalado anteriormente, es importante que el Equipo de Enfermería tome más conciencia del daño que causa el consumo de tabaco, para así, disminuir la presencia de este, con el fin de tener una mejor calidad de vida, tanto física como mental.

6.1 Lista de Referencia bibliográfica

- (1) La cesación del consumo de tabaco. Manual para el equipo de salud. Extraído el 27 de marzo 2010 desde <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/75fd0bb79ec68b90e04001011f01201c.pdf>
- (2) *Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes. 2000.* Extraído desde http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia18/18_20.pdf
- (3) Noticias MINSAL.cl: Día mundial sin tabaco, extraído el día 15 de Noviembre de 2010 desde http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FamOmg9TFGMJ:www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php%3Fid_n%3D810%26show%3D5-2010+tendencia+consumo+tabaco+poblacion+chilena&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl.
- (4) El tabaco al descubierto. (s.f). Extraído el 24 marzo de 2010 desde <http://www.isftic.mepsyd.es/w3/recursos/secundaria/transversales/tabaco/index.htm>
- (5) Influencia del tabaco en América. (2009, 7 Agosto). Extraído el 15 de abril de 2010 desde http://www.chiletabacos.com/OneWeb/sites/CHI_5CTJVX.nsf/vwPagesWebLive/80CFBFA364FDD4B980256C6F0065F295?opendocument&SID=&DTC=
- (6) Tabaco: Mortífero en todas sus formas. (2006). Extraído el 24 de marzo de 2010 desde http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/wntd06booklet_ESP.pdf
- (7) Flores, M. y Steen, B. (2002). Historia del tabaquismo. Extraído el 14 abril de 2010 desde http://books.google.cl/books?id=kiETTHZaQJMC&pg=PT17&lpg=PT17&dq=factores+personales+que+predisponen+a+fumar&source=bl&ots=azGunRQY5M&sig=HuhmzdfjM348dCzDaffpIK7jEiI&hl=es&ei=tma-S-nFI4aKlwfeh3kBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CAgQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

- (8) Proceso agrícola y fabricación. (2009, 7 de Agosto). Extraído el 6 de abril de 2010 desde http://www.chiletabacos.com/OneWeb/sites/CHI_5CTJVBX.nsf/vwPagesWebLive/80256C0F004F177980256BF400033174?opendocument&SID=&DTC=
- (9) Cultivo de tabaco (2009, 7 de Agosto). Extraído el día 6 de abril de 2010 desde http://www.chiletabacos.com/OneWeb/sites/CHI_5CTJVBX.nsf/vwPagesWebLive/80256C0F004F177980256BF400033175?opendocument&SID=&DTC=
- (10) El Trasplante. (2009, 7 de Agosto). Extraído el 6 de abril de 2010 desde http://www.chiletabacos.com/OneWeb/sites/CHI_5CTJVBX.nsf/vwPagesWebLive/5706818838CF75AA80256C31005043B0?opendocument&SID=&DTC=
- (11) Los tipos de tabaco. (2010, 14 Enero). Extraído el día 6 de abril de 2010 desde http://www.chiletabacos.com/OneWeb/sites/CHI_5CTJVBX.nsf/vwPagesWebLive/E294475DF625EA0480256C31004FCFAA?opendocument&SID=&DTC=
- (12) Ruíz, M. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. Extraído el 24 de marzo de 2010 desde <http://www.uv.es/aetoxweb/revista/revtox.21.2.3/revtox.21.2.3.tabaco.pdf>
- (13) OMS. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C.: OPS.
- (14) Dopamina: Placer, adicciones y cultura emocional. Extraído el 28 de mayo de 2010 desde <http://saludnatural.biomanantial.com/dopamina-placer-adicciones-y-cultura-emocional/>
- (15) (G. Tórtora, S. Grabowski) (2002). Aparato respiratorio. En G. Tórtora, S. Grabowski (ed.), *Principios de anatomía y fisiología* (pp. 783-825). México: Oxford.
- (16) (G. Tórtora, S. Grabowski) (2002). Introducción al cuerpo humano. En G. Tórtora, S. Grabowski (ed.), *Principios de anatomía y fisiología* (pp. 1-25). México: Oxford.
- (17) Extraído el 27 de marzo de 2010 desde <http://www.terra.es/personal2/rmm00005/arteriosclerosis.htm>
- (18) Extraído el 20 de noviembre desde http://scor-front1.heb.fr.colt.net/www/fileadmin/uploads/publics/Focus_cardio_es.pdf

- (19) Extraído el 20 de noviembre desde http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/IntegradoTercero/mec-231_Clases/mec-231_Cardiol/Cardio3_17.html
- (20) Extraído el 27 de marzo de 2010 desde http://www.yourdiseaserisk.wustl.edu/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&quiz=stroke&page=risk_list
- (21) Biblioteca en línea sobre tratamientos para dejar el tabaco, (2006). Extraído el 23 de marzo de 2010 desde http://bandura.sbs.arizona.edu/hcp/OLC/resources_span/tob_rel_ill_span/tri11_span.htm
- (22) Biblioteca en línea sobre tratamientos para dejar el tabaco, (2006). Extraído el 23 de marzo de 2010 desde http://bandura.sbs.arizona.edu/hcp/OLC/resources_span/tob_rel_ill_span/tri14_span.htm
- (23) <http://www.esmendiodontologica.com.ar/articulos/tabaquismo.pdf>
- (24) PROTEGE, Red de protección social, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, ¿Qué es el tabaquismo? Extraído el 25 de marzo de 2010 desde www.laclasesinhumo.cl/documentos/que_es_el_tabaquismo.pdf
- (25) Sola B. Esmas, Tabaquismo, una adicción que sí mata. Extraído el 25 de marzo de 2010 desde <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adicciones/337593.html>
- (26) Fumador activo. Extraído el 4 de abril de 2010 desde <http://www.clubcigarrilloelectronico.com/index.php/vapear>
- (27) Fumador pasivo. Extraído el 4 de abril de 2010 desde <http://www.webdehogar.com/salud-familiar/05052304.htm>
- (28) Aguirre, V. (2007). Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. *Revista Chilena enfermedades respiratorias*, 23, 173-178.
- (29) Efectos dañinos del tabaco. Extraído el 4 de abril desde <http://www.euskonews.com/0124zbk/gaia12401es.html>
- (30) Tabaco y recién nacidos. Extraído el 4 de abril desde <http://www.facemama.com/embarazo/cigarros-y-embarazo-un-dano-para-el-bebe.html>

- (31) Flores, M. y Steen, B. (2002). El consumo de tabaco como proceso. Extraído el 14 de abril de 2010 desde http://books.google.cl/books?id=kiETTHZaQJMC&pg=PT17&lpg=PT17&dq=factores+personales+que+predisponen+a+fumar&source=bl&ots=azGunRQY5M&sig=HuhmzdfjM348dCzDaffpIK7jEiI&hl=es&ei=tma-S-nFI4aKlwfeh3kBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CAgQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false
- (32) Tabaco. Extraído el 18 de mayo de 2010 desde <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=13110>
- (33) Fumadores: cada vez más jóvenes y más mujeres. Extraído 19 de mayo de 2010 desde <http://impreso.milenio.com/node/7015303>
- (34) Mancilla, M. C. (2005). *El médico de familia y la salud familiar*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- (35) Tabaquismo. Extraído el 11 de mayo de 2010 desde <http://escuela.med.puc.cl/publ/AparatoRespiratorio/27Tabaco.html>
- (36) La publicidad del tabaco y los jóvenes. Extraído el 13 de mayo de 2010 desde http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/es/APS_youth_tactics_es.pdf
- (37) www.minsal.cl. Extraído el 15 de abril 2010 desde http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_tabaco/programayacciones.html
- (38) Estudio “Comparación de las tendencias de consumo de tabaco en Chile desde 1994 a 2008”. CONACE, 2008. Extraído el día 10 de septiembre de 2010 desde http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=245&Itemid=403
- (39) Estudio “Consumo de drogas de 14 a 18 años en Chile desde 1994 a 2008”. CONACE, 2008. Extraído el día 10 de septiembre de 2010 desde http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=255&Itemid=398
- (40) Bupropion. Extraído el 15 de abril de 2010 desde <http://www.hipocampo.org/bupropion.asp#accion>

- (41) Patologías garantizadas AUGE. Extraído el 12 de abril de 2010 desde <http://www.supersalud.cl/568/propertyname-501.html>
- (42) Taylor, S. G. (2007). Teoría de déficit de autocuidado. Marriner, A.T. y Raile, M., *Modelos y teorías de enfermería* (pp). Madrid, España: Elsevier
- (43) Hartweg, T. (1995). Fundamentos teóricos de la práctica de enfermería. Potter, P. A. y Perry, A.G. *Fundamentos de Enfermería*. (pp. 98-99). Madrid, España: Elsevier.
- (44) Kozier, B. (2005). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica. Madrid: Mc Graw Hill.
- (45) Administración de servicios de salud y práctica de la Enfermería, Cap1, pag 16-17. Brunner y Sudarth, Enfermería medico quirúrgica
- (46) Extraído el 18 de mayo de 2010 desde http://www.alemana-benef.cl/capacitacion/formacion/auxiliar_enfermeria_2.html
- (47) Función Enfermería. Extraído desde <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c033/villar.php>
- (48) Función Enfermería. Extraído el 7 de abril de 2010 desde http://www.universia.cl/portada/actualidad/noticia_actualidad.jsp?noticia=145558
- (49) Función Enfermería. Extraído el 7 de abril de 2010 desde http://www.redsalud.gov.cl/archivos/Control_Tabaquismo.pdf
- (50) Hábito tabáquico en Enfermería. Extraído el 17 de mayo de 2010 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100019
- (51) Tabaquismo en Enfermería. Extraído el 18 de mayo de 2010 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100005&script=sci_arttext
- (52) Ley del Tabaco. Extraído el 14 de abril desde <http://www.bibliodrogas.cl/biblioteca/digital/LEY%20DEL%20TABACO%2020105.pdf>

- (53) Pausa saludable. Extraído el 15 de octubre de 2010 desde <http://www.scribd.com/doc/39028279/Pa-Usa>
- (54) Historia Hospital San Camilo. Extraído el día 3 de mayo de 2010 desde <http://www.hospitalsancamilo.cl/historia.php>
- (55) Orientaciones para la Planificación y Programación. MINSAL. 2010. (Pp 16).
- (56) Información funcionarios, entregada por E.U. Sra. Adriana Rojas, Enfermera Coordinadora Hospital San Camilo, San Felipe.

6.2 Anexos

Anexo N° 1: Ley del tabaco 20.105 (2006)

El gobierno de Chile refuerza la protección de los no fumadores restringiendo la publicidad y promoción de los productos hechos con tabaco, protege a los menores de edad dificultando el acceso que hoy tienen a dichos productos, plantea como política pública la generación de ambientes libres de humo de tabaco, tanto en el sector público como en el privado así como en los lugares cerrados de acceso público, establecimientos de salud y educación, entre otros.

Esta ley regula distintas áreas:

- ♣ **Publicidad:** Se prohíbe la publicidad del tabaco o de elementos de la marca relacionados con dicho producto, salvo al interior de los lugares de venta.
- ♣ **Menores de edad:** En los menores de 18 años no se puede vender, ofrecer y regalar cigarrillos. Se prohíbe cualquier tipo de publicidad a menos de 300 metros de un colegio de enseñanza básica y media.
- ♣ **Advertencias:** El fabricante de los productos hechos con tabaco deberá informar anualmente al Ministerio de Salud, sobre sus constituyentes y los aditivos que se incorporan a ellos. Las advertencias que contendrán las cajetillas de cigarrillos deberán ser una advertencia acerca de los daños y enfermedades que produce en la salud.
- ♣ **Información obligatoria y límites máximos:** Se modifica la situación actual sobre la información que la industria tabacalera debe entregar al Ministerio de Salud sobre el contenido de sus productos.
- ♣ **Ambientes libres de humo:** Se prohíbe fumar al interior de los establecimientos de salud públicos y privados, salvo en sus patios o espacios al aire libre.
- ♣ **Prevención de riesgos:** Está comprobado que el consumo de tabaco es causa directa de ausentismo, menor rendimiento laboral y afecta gravemente la salud de los trabajadores, fumadores y no fumadores.
- ♣ **Rol de la autoridad sanitaria:** La Autoridad Sanitaria (Seremis de Salud) y Carabineros de Chile tiene la importante función de fiscalizar el cumplimiento de la Ley. Se considerará reincidencia el incumplimiento de cualquiera de estas normas, es decir, tres o más infracciones en un año. Si la infracción es cometida por un organismo estatal, se deberán adoptar medidas administrativas y comunicar al Subsecretario de Salud Pública.⁵²

Anexo N°2: Pausa saludable

Hoy en día, la mejora en la calidad de vida de los trabajadores es una de las necesidades esenciales para el buen funcionamiento de las empresas, naciendo la gimnasia laboral como una gran herramienta de prevención de enfermedades asociadas al estrés laboral y a problemas de índole físico.

Las Pausas Saludables en la Jornada de Trabajo, son una muy buena alternativa para mejorar la productividad, bajar los niveles de ansiedad en los trabajadores, reducir las licencias médicas (estrés, lumbagos, tendinitis, etc.) y mejorar el clima laboral. A pesar de la importancia de prevenir y educar a los trabajadores, son pocas las empresas que poseen este programa de capacitación, siendo las más prestigiosas del país las que van a la vanguardia de lo innovador, porque ellas han podido comprobar los beneficios en terreno.⁵³

Como el presente estudio se realizará con Profesionales de Enfermería y Técnicos paramédicos del Hospital San Camilo, a continuación se detalla información relevante de este establecimiento de salud.

Anexo N°3: Reseña Histórica del Hospital San Camilo

Se colocó la primera piedra del HOSPITAL SAN CAMILO (HOSCA), el 23 de Octubre de 1842.

En 1857 se aprueba el reglamento del establecimiento, cuyo personal estaba compuesto por el administrativo, un capellán, uno o más médicos y cirujanos, un boticario, un practicante y un mayordomo. En 1866 don José Agustín Gómez, administrador del Hospital San Camilo, fundó la Congregación de las Hermanas Hospitalarias de San José con el fin de mejorar la atención de los enfermos y cuyas funciones eran de enfermería, cocina y portería.

La primera operación se realizó en Febrero de 1907 con diagnóstico de Apendicitis.

En 1933 asumió como director del establecimiento el Dr. Luis Gajardo Guerrero, quien consiguió la construcción de un nuevo edificio el 12 de Noviembre de 1935 y el que entró en funcionamiento en 1937.

Con el gran sismo de 1965 el edificio principal sufrió graves averías por lo cual se reparó, pero para el otro sismo de 1971, colapsó surgiendo la necesidad de conseguir otro terreno para un nuevo hospital.

Al asumir la presidencia don Patricio Aylwin en 1990, nació el proyecto Minsal-Bid, denominado Plan de Racionalización Funcional y Física de los Servicio de Salud, y en septiembre de 1991 se destinaron los fondos necesarios para la terminación del edificio. En enero de 1992 se hizo inauguración del nuevo Hospital San Camilo y su entrega a la comunidad.

Actualmente, en el año 2010 la dotación de personal es de 700 funcionarios y su Director es don Claudio Fernández Molina, Ingeniero Comercial, egresado de la Universidad Católica de Valparaíso.⁵⁴

♣ **Complejidad del Hospital San Camilo:**

Según la nueva Reforma de Salud, que utiliza el Modelo Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, los hospitales se dividen según la capacidad resolutive y complejidad en tres niveles:

- Baja complejidad.
- Mediana complejidad.
- Alta complejidad.

Siendo el Hospital San Camilo un hospital de *mediana complejidad*, donde se proporciona atención de tipo diagnóstico y terapéutico con el objeto de recuperar y/o mantener la estabilidad anatómica y fisiológica de pacientes; generalmente referidos por los consultorios generales o referidos del servicio de urgencia.⁵⁵ En este hospital se desempeñan aproximadamente 285 integrantes del Equipo de Enfermería,⁵⁶ siendo éstos la mayoría dentro del Equipo de salud, por lo que tienen una gran responsabilidad al participar en el cuidado y recuperación de los usuarios.

Anexo N° 4: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

San Felipe, a de del 2010.

Los estudiantes testistas de cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, estamos desarrollando un estudio en torno al Hábito tabáquico en *Equipo de Enfermería*, con el objetivo de determinar la presencia de éste y las características personales, familiares y socioculturales del Equipo de Enfermería que trabaja en el Hospital San Camilo.

El estudio se efectúa a través de un cuestionario. Los estudiantes testistas tendrán acceso a la información que usted proporcione a través del mismo, y será utilizados exclusivamente con fines de la investigación. La participación en este estudio, tampoco implica ningún tipo de compensación, ya sea económica o de otra índole, ni sanción alguna en su trabajo.

Marque su respuesta con una X

Si:	No:
------------	------------

Los encuestadores serán los estudiantes que integran la tesis de la carrera de enfermería cuarto año, de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

Patricia Henríquez C.
María José Hidalgo P.
Evelyn Mondaca H.
Lina Montenegro M.
Carlos Neculmán A.
Natalie Pacheco A.
Gabriela Ponce C.
María José Sandoval M.

Docente Guía: E.U. Ingrid Ramírez

<p>3) ¿Cuántos cigarrillos usted fuma?</p> <p><input type="checkbox"/> No fuma</p> <p><input type="checkbox"/> Fumador Pasivo</p> <p><input type="checkbox"/> Ex fumador</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 5 cigarrillos</p> <p><input type="checkbox"/> 6 a 10 cigarrillos</p> <p><input type="checkbox"/> 11 a 20 cigarrillos</p> <p><input type="checkbox"/> 21 ó más cigarrillos</p>	<p>4) De acuerdo a la respuesta anterior, usted fuma la cantidad mencionada:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Al día</p> <p><input type="checkbox"/> A la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Al mes</p>
<p>5) ¿Cuándo inició el consumo de tabaco?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Antes de los 18 años</p> <p><input type="checkbox"/> Entre los 18 y 25 años</p> <p><input type="checkbox"/> Entre los 26 y 30 años</p> <p><input type="checkbox"/> Mayor a los 30 años</p>	<p>6) ¿Conoce los problemas de salud provocados por el tabaco?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ¿Cuáles?.....</p> <p><input type="checkbox"/> No </p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7) Nombre los componentes del cigarrillo.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>8) ¿Con cuántas personas vive?</p> <p><input type="checkbox"/> Vive solo</p> <p><input type="checkbox"/> Con 1 a 2 personas</p> <p><input type="checkbox"/> Con 3 a 4 personas</p> <p><input type="checkbox"/> Con 5 o más personas</p>

<p>9) ¿Existe algún fumador en su hogar?</p> <p>___ Sí ¿Cuántos?.....</p> <p>___ No</p>	<p>10) ¿Opina usted que la publicidad del tabaco influye en el consumo de éste?</p> <p>___ Sí ___ No</p>
<p>11) ¿Tiene conocimiento sobre la Ley del tabaco?</p> <p>___ Sí</p> <p>___ No</p>	<p>12) Usted fuma por (<i>puede marcar más de una</i>)</p> <p>___ No fuma</p> <p>___ Estrés</p> <p>___ Cansancio o agotamiento</p> <p>___ Dieta</p> <p>___ Alegría</p> <p>___ Rabia</p> <p>___ Tristeza</p> <p>___ Angustia</p> <p>___ Otros. Especifique.....</p>
<p>13) ¿En qué ocasiones usted fuma? (<i>Puede marcar más de una</i>)</p> <p>___ No fuma</p> <p>___ Con amigos</p> <p>___ Con la familia</p> <p>___ En fiestas</p> <p>___ En la noche</p> <p>___ Después de las comidas</p> <p>___ Cuando está solo</p> <p>___ Otros. Especifique.....</p>	<p>14) ¿En qué lugares usted suele fumar? (<i>Puede marcar más de una</i>)</p> <p>___ No fuma</p> <p>___ Al interior de su casa</p> <p>___ Al aire libre</p> <p>___ En el trabajo (colación, almuerzo, etc.)</p> <p>___ Otros. Especifique.....</p>

