



ORIGINALES

Efecto de una intervención estructurada de enfermería en disminución del hábito tabáquico en mujeres fumadoras

Effect of structured nursing intervention on smoking cessation in smoking women

Patricia Cid Henríquez¹.

Olivia Sanhueza Alvarado¹.

José Manuel Merino².

Katia Sáez Carrillo³.

¹Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción. Chile. patcid@udec.cl

²Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción. Chile.

³Facultad de Ciencias Estadísticas. Universidad de Concepción. Chile.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.315761>

Recibido: 27/12/2017

Aceptado: 18/03/2018

RESUMEN:

Introducción: El consumo del tabaco está asociado al incremento de la morbilidad y la mortalidad femenina. Este hábito implica además un deterioro en la calidad de vida relacionada con salud. El propósito de esta investigación fue determinar el efecto de una intervención estructurada que motivara a las mujeres a disminuir el consumo diario de cigarrillos y mejorar su calidad de vida.

Método: Diseño experimental con preprueba-postprueba y grupo de control con asignación de los grupos al azar. De 120 personas se homologaron los dos grupos con cinco características, se homologó nuevamente la muestra porque respondieron la entrevista en domicilio sólo 64 personas. El grupo intervención estuvo constituido por 10 mujeres entre 18 y 65 años de la región del Bio-Bío, y el grupo control por 20 mujeres. Se aplicó un cuestionario semiestructurado de características sociodemográficas, de test, cuestionarios y escalas que midieron las variables asociadas al consumo, y las orientaciones subjetivas y conductuales, previo consentimiento informado. La intervención estructurada estuvo conformada por: métodos activos de aprendizaje, consejería con énfasis en el fortalecimiento de la percepción de autoeficacia.

Resultados: La diferencia de medias en el tiempo y la diferencia de medias entre los grupos (grupo tratamiento y grupo control) es de casi 5 cigarrillos (4,8), esta interacción (tiempo-grupo) resulta a un nivel de significación menor al uno por diez mil.

Conclusiones: Esta intervención requiere de reforzamiento periódico hasta lograr la deshabituación tabáquica e incidir en la calidad de vida relacionada con salud de las mujeres con hábito tabáquico.

Palabras clave: Intervención; calidad de vida; Hábito tabáquico; mujeres.

ABSTRACT:

Introduction: Tobacco consumption is associated with an increase in female morbidity and mortality. This habit also implies deterioration in the quality of life related to health. The purpose of this research was to determine the effect of a structured intervention that motivated women to reduce their daily consumption of cigarettes and improve their quality of life.

Method: Experimental design with pre-test-post-test and control group with allocation of the groups at random. Out of 120 people, the two groups were approved with five characteristics. The sample was homologated again because the home interview was answered by only 64 people. The intervention group consisted of 10 women between 18 and 65 years old from the Bio-Bio region, and the control group by 20 women. A semi-structured questionnaire with sociodemographic characteristics, test, questionnaires and scales that measured the variables associated with consumption, and subjective and behavioral guidelines, with prior informed consent, was applied. The structured intervention consisted of: active learning methods, counseling with emphasis on strengthening the perception of self-efficacy.

Results: The difference of means in time and the difference of means between the groups (treatment group and control group) is of almost 5 cigarettes (4,8). This interaction (time-group) results has a level of significance less than one in ten thousand.

Conclusions: This intervention requires periodic reinforcement to achieve smoking cessation and affect the quality of life related to health of women with smoking.

Keywords: Intervention; quality of life;Smoking habit; women.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el tabaquismo es considerado una enfermedad crónica y uno de los grandes problemas en la salud de las personas, y por ende, en la salud pública de los países⁽¹⁾.

El consumo de tabaco fue un hábito preferentemente de varones^(2,3). Diferentes autores exponen que las mujeres comenzaron a fumar tabaco como un símbolo de la igualdad que promovía el movimiento feminista, el cual se inició a fines del s. XIX para lograr igualdad jurídica (derecho al sufragio femenino) e igualdad de condiciones en el trabajo^(4,5).

Las compañías tabacaleras estratégicamente aprovecharon estos cambios en la mujer y publicitaron el consumo de cigarrillos asociado a la liberación femenina, autonomía e igualdad de género^(5,6).

Entre 1950 y el 2000 se estima que a causa del consumo del tabaco fallecieron diez millones de mujeres en todo el mundo. Actualmente es de aproximadamente de un millón por año. También se ha observado que por sus características biológicas ellas son más vulnerables a los efectos negativos del tabaco⁽⁷⁾.

Estudios nacionales dan cuenta del aumento de consumo de cigarrillos en la población en general y en particular en las mujeres. Se estima que a causa de este hábito diariamente mueren 45 personas, entre mujeres y varones a pesar de las políticas de salud en la prevención del tabaquismo⁽⁸⁾.

A nivel latinoamericano la prevalencia de consumo es mayor en Chile tanto en la población adulta (41%) como en los adolescentes de 13 a 15 años (35,1%), respecto a los resultados de los otros países⁽¹⁾.

Específicamente, las mujeres chilenas mayores de 15 años están en el grupo de las mujeres que más tabaco consumen en el mundo y las primeras de Latinoamérica⁽⁹⁾. Más alarmante aún es la prevalencia de consumo de tabaco en las adolescentes entre 13 y 15 años, quienes lideran el consumo de tabaco en el mundo con un 39,80%⁽⁹⁾.

En el último estudio de drogas en población general, se observó un incremento de la prevalencia de consumo diario en mujeres en el año 2014 (22, 2%) respecto al 2012 (20,1%), valores similares observado en el consumo de varones⁽¹⁰⁾. Con estas cifras se prevé un aumento paulatino del consumo de cigarrillos en la mujer chilena y con ello un incremento en las consecuencias de este hábito.

El aumento del consumo del tabaco de la mujer ha traído consecuencias negativas para su salud. Dentro de las diez principales causas de muerte específica, seis de ellas estarían asociadas al consumo de tabaco. Estas corresponderían a enfermedades cerebrovasculares, isquémicas del corazón, hipertensivas, neumonía, enfermedades del sistema urinario, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ⁽⁸⁾.

Los estudios muestran que quienes consumen tabaco reportan una menor calidad de vida respecto a quienes no tienen este hábito ^(11,12).

Con respecto a investigaciones sobre el uso de intervenciones para lograr la deshabituación tabáquica e impactar en la calidad de vida de las personas, éstos son diversos, como programas educativos, consejo breve, terapia farmacológica, entre otras ⁽¹²⁾. Existe consenso que la entrevista motivacional y las estrategias cognitivas conductuales son las que deben ser utilizadas por los profesionales para lograr un cambio de conducta en las personas fumadoras ⁽¹³⁾. Es claro que las intervenciones realizadas por profesionales de la salud tienen un efecto positivo en la salud de las personas ⁽¹⁴⁾. Muy importante reforzar con llamadas telefónicas ⁽¹⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (2010) ⁽⁷⁾ propuso seis medidas de control del tabaco denominada MPOWER, las cuales han mostrado su efectividad para reducir su consumo. Fueron dos las medidas que se destacan en este estudio; ofrecer ayuda para dejar el tabaco y advertir de los peligros del mismo.

En los estudios analizados se destaca la importancia de llevar a cabo una intervención que contemple un programa educativo, valore la motivación de la persona y fomente su autoeficacia para el cambio de la conducta fumadora, siendo ésta una decisión personal que podría beneficiar su calidad de vida. Esto motivó a realizar este estudio cuya hipótesis fue: Una intervención estructurada tiene efectos positivos en la deshabituación tabáquica y en la calidad de vida de las mujeres fumadoras.

La intervención se basó en el Modelo de Calidad de Vida Relacionada con Salud, el Modelo transteórico del Cambio y la Teoría de la Conducta Planificada. Estos esquemas conceptuales permiten focalizar la intervención y de esa manera disminuir el consumo de tabaco y mejorar la calidad de vida de las mujeres.

MÉTODOS

Diseño experimental, con pre-prueba-post-prueba y grupo de control (Con asignación de los grupos al azar) ⁽¹⁵⁾. Según Hernández, Fernández y Baptista (2003) ⁽¹⁵⁾ la pre-prueba permite evaluar si fue adecuada la aleatorización, muy importante cuando se trabaja con grupos pequeños, de 15 personas o menos. Además, permite analizar si existen diferencias entre los puntajes de la pre-prueba y la post-prueba. En este primer paso se determinó la validez interna ⁽¹⁶⁾.

Se construyó la Intervención Estructurada en base a evidencias de intervenciones recomendadas como eficaces en disminuir el hábito tabáquico en diferentes contextos, tanto nacional como internacional. Posteriormente se solicitó su evaluación a pares expertos.

Las áreas de la intervención fueron:

- Educación para la salud a través de métodos activos de aprendizaje.

- Consejería con énfasis en el fortalecimiento de la percepción de autoeficacia.
- Llamadas telefónicas periódicas de reforzamiento.
- Entrega de material didáctico de apoyo.
- Entrevista personalizada.

El universo lo constituyó un total de 1211 mujeres con hábito tabáquico de 18 a 65 años de edad, adscritas al Programa Cardiovascular de 4 Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Concepción, región del Bio- Bío.

Se determinó la muestra considerando todos los Centros de Salud de Concepción, y a través de una selección aleatoria de ellos se eligieron cuatro Centros de Salud. De las bases de datos, previa autorización, se seleccionaron las personas. Se extrajeron los casos que no cumplían con los criterios de inclusión, mujeres con patologías crónicas y mujeres con patología psiquiátrica.

Se seleccionaron las fichas (números aleatorios) de las mujeres en cada establecimiento, a porcentaje proporcional, conformando la muestra 120 mujeres con hábito tabáquico. Sobre esta muestra se formaron dos grupos al azar, cada uno de 60 mujeres (grupo A y grupo B). Para cautelar la igualdad de los grupos se realizó la prueba estadística t-student.

Los grupos A y B quedaron conformados teniendo similares características de edad, talla, índice de masa corporal, presión arterial sistólica, y circunferencia cintura. No hubo diferencias entre las medias de las características de ambos grupos, de acuerdo a la prueba de diferencias de medias el valor p fue mayor a 0,05 ($p > 0,05$)

De la muestra hubo una pérdida de un 53,33% por diversas razones, siendo 64 el total de mujeres entrevistadas en el domicilio.

Respondieron a la pre-prueba 30 del grupo A y 34 del grupo B. La muestra experimental quedó finalmente constituida por 10 mujeres (A) que participaron en la intervención y por 20 mujeres, que actuaron indirectamente como grupo control o de comparación (B).

El grupo que participó directamente en la intervención, lo hizo a través de talleres grupales (8 sesiones), de duración de 45 minutos. A las mujeres que integraron los grupos (control y experimental) se les efectuó una evaluación al inicio y a los 3 meses de realizada la intervención.

Las variables dependientes del estudio fueron el consumo de cigarrillos y la calidad de vida relacionada con salud (analizada en sus Componentes Salud Física (CSF) y Salud Mental (CSM)). La variable independiente principal fue la Intervención Estructurada (interacciones entre el investigador-facilitador y las mujeres fumadoras participantes de la intervención a través de talleres). Se consideran además otras variables, socio-demográficas (edad, números de hijos, nivel de estudios, situación marital, actividad y religión); orientaciones subjetivas y conductuales (percepción de autoeficacia, estilo de vida promotor de salud); variables asociadas al consumo de cigarrillos (número de años fumando, edad de inicio del consumo de cigarrillos, número de intentos para dejar de fumar, período sin fumar, resistencia de la urgencia a fumar, motivación para dejar de fumar, razones por las que quiere dejar de fumar, motivos por los que fuma, y dependencia física a la nicotina).

El instrumento recolector de datos se conformó de: Cuestionario semi-estructurado de variables sociodemográficas, Cuestionario SF-36 ⁽¹⁷⁾, Escala de Percepción de Autoeficacia General ⁽¹⁸⁾, Cuestionario del Estilo de Vida Promotor de Salud II ⁽¹⁹⁾, Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar ⁽²⁰⁾, Test de Motivación para

Dejar de Fumar⁽²¹⁾ y Cuestionario para Medir Dependencia a la Nicotina⁽²²⁾ para medir las variables del estudio.

Este instrumento fue aplicado –antes y después de la intervención- a través de una entrevista personalizada por la investigadora y estudiantes universitarias entrenadas, en el hogar de las mujeres fumadoras, previo consentimiento informado de éstas.

Se realizó una prueba piloto en un grupo de 45 mujeres con características similares a la de la muestra, adscritas a un Centro de salud Familiar de la comuna de Concepción, a quienes se les aplicó el instrumento elaborado para la investigación.

Los datos fueron procesados en sistema computacional en software S.P.S.S versión 15.0 y en SAS 9.1 del Departamento de Estadística de la Universidad de Concepción.

Análisis del Tratamiento: Para determinar el efecto de la intervención en el grupo tratamiento y su comparación con el grupo control se utilizó la prueba t-Student. Para establecer la interacción grupo-tiempo se usó diferencia en diferencia.

Este protocolo fue revisado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina, y se solicitaron las autorizaciones al Director del Centro de Salud y Director de Dirección de Administración Municipal.

RESULTADOS

La consistencia interna de los instrumentos de medición utilizados en esta investigación fue alta con un valor alfa de Cronbach sobre 0,80 para el Componente Salud Física y de Salud Mental, escala de Percepción de Autoeficacia General, cuestionario EVPS II, cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar. La fiabilidad para los Test de Motivación para dejar de Fumar y de dependencia Física a la Nicotina resultó aceptable.

Fase: Intervención

De las 30 mujeres del grupo A, 10 respondieron a la invitación a participar de la intervención estructurada, ellas constituyeron el grupo de tratamiento y participaron directamente en la intervención. De las 34 mujeres del grupo B que respondieron a la pre-prueba, sólo 20 de ellas participaron en la segunda medición o post-prueba, cumpliendo la función de grupo de comparación actuando indirectamente a fin de detectar los efectos de la intervención.

Las mujeres del grupo tratamiento expresaron tener en promedio 46,58 años, un poco menores en edad son las mujeres del grupo control con 38,27 años. Estas diferencias no son estadísticamente significativas según el valor de p de 0,082.

Tanto las mujeres del grupo tratamiento como las del grupo control expresaron tener un estilo de vida suficiente, se perciben con una alta autoeficacia, declararon ser responsables con su salud, mantener una nutrición suficiente, sentirse bien espiritualmente y con buenas relaciones interpersonales. Pero con insuficiente: actividad física y manejo del estrés.

Las mujeres del grupo tratamiento se perciben con menor salud física y salud mental que las mujeres del grupo control.

El tiempo que llevan fumando las mujeres del grupo tratamiento en promedio es de 23,80 años, fluctuando entre \pm 8,87 años, y las del grupo control de 17,68, entre 5,02 y 30,34 años. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, el valor p fue

de 0,183. Similares son los valores promedios en ambos grupos con respecto a las veces que han intentado dejar de fumar en los dos últimos años (tabla 1).

Las mujeres del grupo tratamiento estuvieron en promedio 9 días sin fumar la última vez que lo intentaron. Menos tiempo permanecieron sin fumar las mujeres del grupo control. Estas diferencias no son significativas de acuerdo al valor p de 0,636.

Valores cercanos lograron las mujeres de ambos grupos en el test de Resistencia de la urgencia a fumar. En promedio logran 40 puntos, es decir, las mujeres oponen poca resistencia a fumar cuando se enfrentan a ciertas situaciones, como compartir o sentirse tensa, entre otras.

Las mujeres del grupo tratamiento declaran una baja motivación para dejar de fumar (promedio 6 puntos), al igual que las del grupo control quienes obtuvieron 5 puntos en el test de Richmond.

Tanto las mujeres del grupo tratamiento como del control declaran fumar por sentimientos agradables como desagradables, expresan que los motivos para dejar de fumar serían por su salud.

Respecto a la dependencia a la nicotina, las mujeres del grupo control obtuvieron un promedio de 1,50 puntos en el test de Fagerström, un poco más elevado es el valor que lograron las mujeres del grupo control (1,85), considerándose para ambos casos baja dependencia a la nicotina.

En promedio las mujeres del grupo tratamiento fuman dos cigarrillos diarios más que las mujeres del grupo control.

En el análisis de esta tabla se observa que las mujeres del grupo control y tratamiento tienen similares características de consumo de tabaco en la primera medición.

En general, todas estas características del hábito de fumar entre las mujeres de los dos grupos no presentan diferencias estadísticamente significativas (tabla 1).

Tabla 1. Comparación de las características de consumo de tabaco de las mujeres del Grupo Tratamiento(RG₁) y del Grupo Control (RG₂), en la pre-prueba.

	RG ₁		RG ₂		T-	Student
	N = 10		N = 20		t	p
	Media	ds	Media	ds		
Número de años fumando	23,80	8,87	17,68	12,66	1,366	0,183
Número de intentos para dejar de fumar	2,25	1,04	2,09	1,22	0,298	0,769
Período sin fumar (días)	8,94	13,55	6,19	11,29	0,482	0,636
Resistencia de la urgencia a fumar	40,07	20,42	41,71	26,38	-0,172	0,864
Motivación para dejar de fumar	6,10	1,20	5,00	2,05	1,559	0,130
Motivos por los que quiere dejar de fumar(1=familia; 2= salud; 3=no quiere)	2	0	2,10	0,45	-0,701	0,489
Motivos por los que fuma (0=Motivos desagradables; 1= Motivos agradables)	0,40	0,52	0,50	0,51	-0,502	0,622
Dependencia a la nicotina	1,50	1,58	1,85	2,23	-0,442	0,662
Consumo de cigarrillos diarios	8,80	6,63	6,60	6,44	0,873	0,390

Fuente. Propia

Fase final: Resultado del efecto de la intervención

Las mujeres del grupo tratamiento en la pre-prueba declararon fumar en promedio 9 (8,80) cigarrillos diarios y en la post-prueba disminuyeron su consumo en un promedio de 4 (3,80) cigarrillos. La diferencia del consumo de cigarrillos entre estas dos mediciones, en el tiempo, fue en promedio de 5 cigarrillos diarios en el grupo que participó en la intervención (tabla 2).

Tabla 2. Comparación del consumo diario de cigarrillos de las mujeres de los Grupos Control (RG₁) y de Tratamiento (RG₂) en la pre y post-prueba

	RG ₁			RG ₂		
	Pre-Prueba O ₁	Post-Prueba O ₂	O ₂ - O ₁	Pre-Prueba O ₃	Post-prueba O ₄	O ₄ - O ₃
	Medias	Medias	Diferencia de medias	Medias	Medias	Diferencia de medias
Consumo diario de cigarrillos	8,80	3,80	-5,0	6,60	6,40	-0,20

Fuente. Idem tabla 1

En cambio, las mujeres del grupo control en la pre-prueba expresaron fumar en promedio 7 cigarrillos al día, un poco menor fue el consumo que manifestaron en la post-prueba (6,40). La diferencia del consumo diario en el tiempo fue mínima, de 0,20 cigarrillos diarios como promedio.

La diferencia de medias del consumo de cigarrillos del grupo tratamiento en el tiempo (antes y después de participar en la intervención) fue de 5 cigarrillos (tabla 3).

Tabla 3. Diferencia en diferencia del consumo diario de cigarrillos entre Grupo Tratamiento y Grupo Control, pre y post prueba.

	Grupo Tratamiento	Grupo Control	Comparación		
	Diferencias de media (O ₂ - O ₁)	Diferencias de media (O ₄ - O ₃)	Diferencia en diferencias (O ₄ - O ₃) - (O ₂ - O ₁)	T-student	p
	N=10	N =20			
Consumo diario de cigarrillos	-5,0	-0,2	4,8	6,22	<0,0001

Fuente. Idem tabla 1 p < 0,05

En el grupo Control la reducción del consumo fue de menos de 1 cigarrillo (0,2) en el tiempo entre la segunda medición con respecto a la primera medición.

La diferencia de medias en el tiempo y la diferencia de medias entre los grupos (grupo tratamiento y grupo control) es de casi 5 cigarrillos (4,8), esta interacción (tiempo-grupo) resulta a un nivel de significación menor al uno por diez mil. Esto significa que el cambio de conducta del grupo en tratamiento es altamente significativo, mostrando que esto es atribuible a la intervención o tratamiento (tabla 3).

Algunas mujeres del grupo control aumentaron el consumo de cigarrillos diarios respecto a la primera medición, en cambio, las que participaron en la intervención disminuyeron el consumo, incluso 4 dejaron de fumar.

Las mujeres de ambos grupos incrementaron levemente sus puntajes promedios en el CSF y CSM (componentes de la calidad de vida relacionada con salud), pero esta relación no fue estadísticamente significativa. En consecuencia, ni el Componente Salud Física ni el Componente Salud Mental resultaron efectivos para el caso calidad de vida relacionada con salud.

Las mujeres que tuvieron éxito en la disminución del consumo diario de cigarrillos se perciben con buena autoeficacia, aumentaron levemente el promedio respecto de la primera medición. Declaran un estilo de vida promotor de salud suficiente, se perciben: responsables con su salud, con baja actividad física, con buena nutrición, bien espiritualmente, con un manejo insuficiente del estrés. Comparando los puntajes promedios logrados en ambas mediciones se observa que incrementaron levemente estos puntajes en la segunda medición, excepto en espiritualidad, que disminuyeron sus puntajes.

También lo disminuyeron en dependencia de la nicotina, en la primera medición obtuvieron en promedio 1,50 puntos y en la segunda 1,10. Las mujeres se percibieron menos dependientes de la nicotina.

DISCUSIÓN

En cuanto a la Intervención Estructurada implementada, es posible exponer que como efecto de la intervención las mujeres del grupo tratamiento disminuyeron el consumo de cigarrillos diarios en un promedio de 5 cigarrillos, a diferencia del grupo control que fue de menos de 1 cigarrillo. Resultados similares se obtuvieron en otro estudio a largo plazo⁽²³⁾. Raich et al. (2015)⁽²⁴⁾ obtuvieron muy buenos resultados pero con un programa de terapia multicomponente en grupos que midió la abstinencia tabáquica al mes, tres meses, seis meses y doce meses.

La intervención que se desarrolló en talleres de 8 sesiones grupales fue efectiva probablemente porque se fundamentó en fortalecer las capacidades de las mujeres en su rol de autocuidado de su propia salud, así como en acciones de motivación para el cambio, analizada por otros autores⁽²⁵⁾. Otros investigadores también han realizado intervenciones en la cual las personas aprenden de sí y encuentran mecanismos de apoyo para realizar un cambio de conducta, darse cuenta que el cambio de conducta es una parte importante de la identidad como persona, confianza en que uno puede involucrarse en la conducta saludable a través de diferentes situaciones provocadoras, como el fumar, entre otras^(26,27).

La intervención mínima breve en tabaquismo que dan los profesionales en las consultas o en los controles de salud ha resultado con buen impacto⁽²⁸⁾. Como lo dice su nombre la consejería es mínima o breve, pero cambios de conducta no ocurren con un solo consejo porque las personas requieren reforzamientos positivos para cambiar una determinada conducta y si se participa en un grupo tiene mejores resultados por el apoyo social⁽²⁹⁾.

Además, es necesario primero, antes de la intervención, valorar las actitudes, creencias y percepciones de las personas fumadoras así como antecedentes del consumo de tabaco y otras características biosociodemográficas que orientaran el actuar profesional.

No hubo efecto de la intervención en la percepción de la salud física ni mental de las mujeres fumadoras; esto puede indicar que la evaluación en tres meses puede ser un período muy corto para observar cambios en este sentido. A diferencia, en un estudio se observó el impacto positivo en la calidad de vida de las personas cuando dejan de fumar ⁽¹⁰⁾.

Lo que puede evidenciar que las intervenciones empiezan a tener impacto en la percepción de las personas luego de transcurrido un período mayor a tres meses, que fue el plazo factible para realizar la post-prueba.

No cabe duda que el tabaquismo es uno de los temas importantes a ser considerados en la educación en salud, ojalá a edades tempranas, con una adecuada planificación, entregando mensajes sencillos (sobre sus efectos, proceso de adicción, entre otros) sin ser alarmista o sensacionalista. Se trata de dar información para que las personas puedan tomar sus decisiones en salud ⁽³⁰⁾.

Es evidente que el tabaco es una droga lícita y el hábito tabáquico una enfermedad crónica pero con posibilidades de revertir, con una acción profesional continua.

CONCLUSIONES

La intervención estructurada basada en herramientas que proporciona la educación para la salud y la consejería con énfasis en el desarrollo de la autoeficacia en las mujeres fumadoras es efectiva en la disminución del consumo diario de cigarrillos.

Para una intervención de esta naturaleza es recomendable que los grupos estén constituidos por 10-15 personas que permita a las participantes expresarse y apoyarse, produciéndose con ello un ambiente más agradable y acogedor. Realizar reforzamientos periódicos para lograr la deshabitación tabáquica con el fin de evitar las recaídas ya que los beneficios para la salud de las personas fumadoras se van dando paulatinamente a través del tiempo.

Desde el punto de vista de costo versus beneficio la intervención estructurada es de bajo costo con respecto a los beneficios significativos para la salud de las mujeres fumadoras.

REFERENCIAS

- 1-Organización Panamericana de la Salud(OPS). Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas[Internet]. Washington: OPS; 2013.
- 2-Pathania V. Las mujeres y la epidemia de tabaquismo: cambiar la tendencia. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2011;89:162-162.
- 3-Martín J, Clèries R, Lidón-Moyano C, González-de Paz L, Martínez-Sánchez J. Diferencias entre hombres y mujeres en la tendencia temporal de la mortalidad por cáncer de pulmón en España (1980–2013). Arch Bronconeumol. 2016;52:316-320.
- 4-Jiménez M. La Feminización del Consumo de Tabaco: ¿Convergencia o Desigualdad?. Revista Española de Drogodependencias. 2010; 35(3): 285-296.
- 5-Shallat L. Choque de discursos. El Feminismo y el control del tabaco. Revista mujer salud. 2010;1:61-65.
- 6-Regueira G, Suárez N, Jakimczuk S. Estrategias para el control del tabaco con perspectiva de género en América Latina. Salud pública Méx. 2010;52(2):315-320.
- 7-Organización Mundial de la Salud(OMS). Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2009. Consecución de ambientes libres de humo de tabaco[Internet].

- Ginebra: OMS; 2010 [acceso 2016 julio 15]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/es/>
- 8-Pichón A, Bardach A, Caporale J, Alcaraz A, Augustovski F, Caccavo F, et al. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Chile. Documento Técnico IECS N° 8 [Internet]. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2014. Disponible en: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/tabaquismo23-05-2014Chi-FINAL-1.pdf>
- 9-SENDA. Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2014 [Internet]. Santiago: Observatorio Chileno de Drogas. Gobierno de Chile; 2015 278 p. Disponible en: <http://corporacionesperanza.cl/wp-content/uploads/2017/01/2014-SENDA-Estudio-Drogas-Poblacion-General.pdf>
- 10-Goldenberg M, Danovitch I, IsHak W. Quality of life and smoking. *Am J Addict.* 2014; 23(6): 540–562.
- 11-Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. *Gac Sanit.* 2013;27(1):26-31.
- 12-Vinaccia S, Quiceno J. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. *Terapia psicológica.* 2011; 29(1): 65-75. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100007>
- 13-De Granda J, Solano S, Jiménez C. Intervenciones en tabaquismo en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Aten Primaria.* 2013;45(2):115-120.
- 14-Carreras J, Maldonado B, Quesada M, Sánchez B, Nerín I, Sánchez L. Tratamiento telefónico del tabaquismo. Factores predictivos de éxito. *Medicina Clínica.* 2012;138(6): 242-245.
- 15-Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación.* 5ª ed. México: Mc Graw Hill; 2010. p.136.
- 16-Dimitrov D, Rumrill P. Pretest-Posttest designs and measurement of change. *Work.* 2003; 20(2):159-155.
- 17-Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-483.
- 18-Schwarzer R, Bähler J, Kwiatek P, Schröder K, Zhang J. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. *Applied Psychology.* 1997; 46(1): 69-88.
- 19-Walker S, Kerrer M, Pender N, Sechrist K. A Spanish language version of the Health Promoting Lifestyles. *Nurs Res.* 1990;39(5):268-273.
- 20-Becoña E, Lorenzo M. Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones.* 2004;16(Supl 2): 201-226.
- 21-Richmond R, Kehoe L, Webster I. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* 1993;88(8): 1127-1135.
- 22-Fagerstrom K, Schneider N. Measuring Nicotine Dependence: A review of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *J Behav Med.* 1989;12(2):159-182.
- 23-Marqueta A, Nerín I, Gargallo P, Beamonte A. Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar: resultados a corto y largo plazo. *Adicciones.* 2017;29(1):13-21.
- 24-Raich A, Martínez J, Marquilles E, Rubio L, Fu M, Fernández E. Smoking cessation after 12 months with multi-component therapy. *Adicciones.* 2015;27(1):37-46.
- 25-Moore P, Pavié J, Véjar L, Corvalán MP. Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Rev. chil. enferm. respir.* [Internet]. 2017 Sep [citado 2017 Dic 26]; 33(3): 193-200. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300193&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300193>.

- 26-Alba L, Murillo R, Castillo J. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: Revisión sistemática de la literatura. Salud Publica Mex. 2013;55(2):196-206.
- 27-Jiménez C, Buljubasich D, Riesco JA, Acuña A, de Granda J, et al. Using PICO Methodology to Answer Questions About Smoking in COPD Patients. Archivos de Bronconeumología (English Edition), 2017;53(11):622-628. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.04.012>
- 28-Ortega J, Perales J, Cárcelos A, Sánchez M, Villalona S, Mondejar P. Seguimiento a largo plazo de un programa de prevención y cesación tabáquica en pacientes con fibrosis quística. Adicciones. 2016;28(2):99-107.
- 29-Bello S, Chamorro H. Tratamiento Grupal Intensivo del Tabaquismo. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2017 Sep [citado 2017 Dic 26] ; 33(3): 204-205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300204&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300204>.
- 30-Melo DS, Jaimes ML. Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados. Hacia promoc. salud. 2015; 20(2): 118-131. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.2.9

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia