



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U M F No. 9
ACAPULCO GRO.



**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA PARTICIPATIVA
EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS
FAMILIARES RESPECTO AL TABAQUISMO Y SU
TRATAMIENTO**

TESIS
QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. SILVANO TERÁN GODOY

ACAPULCO, GUERRERO

FEBRERO 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA PARTICIPATIVA EDUCATIVA EN EL
CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS FAMILIARES RESPECTO AL
TABAQUISMO Y SU TRATAMIENTO**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

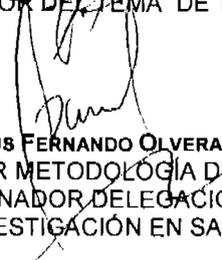
PRESENTA:

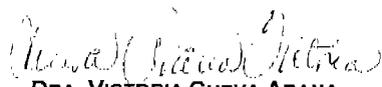
SILVANO TERÁN GODOY

AUTORIZACIONES:


DR. VICTOR JESÚS GUERRERO MONTENEGRO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9


DR. HUGO ARANCIBIA VARGAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS


DR. JESÚS FERNANDO OLVERA GUERRA
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD


DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD

**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA PARTICIPATIVA EDUCATIVA EN EL
CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS FAMILIARES RESPECTO AL
TABAQUISMO Y SU TRATAMIENTO**

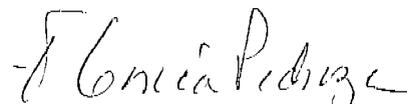
TESIS PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SILVANO TERÁN GODOY

AUTORIZACIONES


DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACIÓN GUFFRERO
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

"Dictamen de Autorizado"

FECHA 28/04/2006

C. SILVANO TERAN GODOY
Investigador Responsable de Protocolo de Investigación en Salud
PRESENTE

Le notifico que el protocolo de investigación que usted presentó ante el CLIS y cuyo título es:

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA PARTICIPATIVA EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS FAMILIARES RESPECTO AL TABAQUISMO Y SU TRATAMIENTO EN LA UMF No.9

fue sometido a la evaluación del (los) Comité (s) Local (s) de Investigación en Salud (abajo mencionados), quien (es) de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **A U T O R I Z A D O**, habiéndose asignado el (os) número (s) de registro institucional siguiente (s):

Comité Local de Investigación en Salud Núm.	Unidad Sede del CLIS	No. de Registro
1103	U MED FAMILIAR NUM 9	R-2006 1103 4

Atentamente

Dr(a). Jesús Fernando Olvera Guerra
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

Muchas veces castiga Dios con lo que da, y premia con lo que niega.

El secreto del éxito radica en saber qué debemos mantener cerca de nosotros y de qué debemos alejarnos.

Los éxitos de los médicos son proclamados por el mundo, mientras que los errores los cubren con tierra. Francis Quarles.

DEDICATORIA:

A Dios Padre todo poderoso y Jesucristo:

Por todas la bendiciones otorgadas a mi familia.

A mi esposa:

Ma. Guadalupe Chávez Pérez por todo el apoyo incondicional y comprensión que me brindo para terminar mi especialidad. Eres maravillosa, por ti soy quien soy. Te Amo.

A MIS HIJOS:

Kevin y Kent Terán Chávez, los cuales son mi tesoro y mi obra de arte que no parare de pulirlos aun los haya visto triunfar. Los Amo.

Índice

1. Marco teórico	1
1.1 Tabaquismo	1
1.2 Estrategia participativa educativa	8
1.3 Conocimientos sobre el tratamiento farmacológico	12
~2. Planteamiento del problema	16
3. Justificación	17
~4. Objetivos	
4.1 General	18
4.4 Específicos	19
5. Hipótesis	19
6. Metodología	
6.1 Tipo de estudio	19
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	19
6.3 Tamaño de la muestra	20
6.4 Criterios de selección	20
6.5 Definición y operacionalización de Variables	20
6.6 Método de recolección de datos	23
6.7 Consideraciones éticas	25
6.8 Análisis estadístico	25
7. Resultados	26
7.1 Descripción de los resultados	26
7.2 Tablas	30
8. Discusión	35
~9. Conclusiones	37
9.1 Sugerencias	38
~10. Referencias bibliográficas	39
11. Anexos	44

RESUMEN

Objetivos: Estimar el impacto de una estrategia participativa educativa en el conocimiento de los médicos familiares respecto al tabaquismo y su tratamiento en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 en Acapulco.

Diseño: Estudio cuasi-experimental, intervención educativa.

Material y métodos: Se tomó al total de médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 que corresponde a 57 médicos, 29 del turno matutino y 28 del turno vespertino. El estudio se realizó en el periodo comprendido entre abril y mayo del 2006. Se obtuvo la información de las preguntas del cuestionario que se aplicó a los médicos y los resultados se procesaron en paquete estadístico con la ayuda del software SPSS v. 12.

Resultados: De los médicos que participaron corresponde al 80.7%, de estos un 65% de los médicos son egresados la Universidad Autónoma de Guerrero. Con respecto a su percepción de los participantes sólo el 10% considero tener tabaquismo positivo. Durante la evaluación final se considero mínima, observándose diferencia estadísticamente significativa en el análisis pareado ($p < 0.05$), con la prueba de rangos y signos de Wilcoxon. Después de haber recibido la instrucción mediante el curso programado para la intervención participativa educativa en el conocimiento contra el tabaquismo fue estadísticamente significativo, aplicó la prueba de homogeneidad marginal, se observo prácticamente sólo con revisar los resultados, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

Conclusiones: El conocimiento sobre los tratamientos farmacológicos del tabaquismo es bajo entre los médicos familiares y generales. Con una buena intervención participativa educativa este conocimiento se incrementa. Los médicos tienen limitados conocimientos sobre las diferentes intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que pueden auxiliar a un fumador a dejar de fumar, lo cual mejora con una buena intervención participativa educativa como la realizada en este estudio.

Palabras Clave: Estrategia participativa educativa, Conocimiento, Tabaquismo y Tratamiento.

SUMMARY

Objectives: To estimate the impact of a participative educational strategy in the knowledge of the family doctors with regard to the smoking and his treatment in the Unit of Family Medicine No. 9 in Acapulco.

Design: quasi-experimental Study, educational Intervention.

Material and methods: I take the whole of doctors assigned to the Unit of Family Medicine No.9 that it corresponds (fits) to 57 doctors, 29 of the morning shift and 28 of the shift vespertino. The study I realize in the period understood between April and May, 2006. There was obtained the information of the questions of the questionnaire that I apply to the doctors and the results were tried in package Statistician by the help of the software SPSS v. 12.

Results: Of the doctors who took part it corresponds (fits) to 80.7 %, from this 65 % of the doctors they are gone away (graduated) the Warner's Autonomous University. With regard to his perception of the participants only 10 % I consider to have positive nicotine poisoning. During the final evaluation I consider minim, statistically significant difference being observed in the analysis rhyming couplet ($p < 0.05$), with the test of ranges and signs of Wilcoxon. After received credit the instruction by means of the course(year) programmed for the intervention participativa educational in the knowledge against the nicotine poisoning was statistically significant, applied the test(proof) of marginal homogeneity, I observe practically only in spite of checking the results, statistically significant difference ($p < 0.05$).

Conclusions: The knowledge on the pharmacological treatments of the nicotine poisoning is low between the family and general doctors. With a good intervention participativa educational this knowledge increases. The doctors have limited knowledges on the different pharmacological and not pharmacological interventions that can help a smoker to stopping smoking, which improves with a good intervention participativa educational as the realized one in this study.

Key words: Strategy participativa educational, Knowledge, Nicotine poisoning and Treatment.

1. Marco teórico

1.1 Tabaquismo

El tabaco es originario de América y proviene de la planta *Nicotiana tabacum*, esta planta, que era considerada sagrada para los indígenas americanos en sus rituales, es hoy una industria gigantesca que gasta millones de dólares en publicidad y en pagos de impuestos en todo el mundo, mientras que llena las camas de los hospitales y los cementerios con millones de víctimas en todo el mundo. El tabaquismo es considerado actualmente una epidemia de talla internacional, la cual afecta a todos los estratos sociales sin distinciones de género y edad.

El principal componente químico del tabaco es la nicotina, alcaloide líquido oleoso e incoloro (C₁₀ H₁₄ N₂), sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante. Es la principal responsable de la adicción, por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. Otros factores que influyen en la dependencia son el sabor, el aroma y el ritual que se establece durante el proceso de fumar, así como la interacción social que se presenta entre fumadores.¹

Según la definición de la Norma Oficial Mexicana el tabaquismo es la dependencia o adicción al tabaco. El uso, abuso y dependencia al tabaco, constituyen un grave problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad.²

Epidemiología: La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que de la población mundial 30% de los adultos son fumadores, y de estos fumadores 3.5 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo.³ Se estima que la mitad de todos los fumadores crónicos morirán prematuramente y que en promedio perderán 20 a 25 años de su vida.⁴

A pesar de que estos datos se conocen, el tabaquismo continúa en ascenso, especialmente en los países en desarrollo. Globalmente, hay casi 1,100 millones de fumadores, de los cuales 300 son de países desarrollados (relación de dos hombres por cada mujer), en comparación con los 800 en países en desarrollo (siete hombres por cada mujer). Estos datos apoyan la teoría de que la epidemia del tabaquismo ha llegado a su máximo punto en países desarrollados, pero se encuentra en ascenso en los países en desarrollo. Proyecciones de la OMS indican que, si continúa el consumo actual, para el año 2020 habrá 10 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, de las cuales siete de cada diez ocurrirán en países en desarrollo.^{3,5}

En México se han realizado diversos estudios para conocer la prevalencia de tabaquismo. La Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), de la Secretaría de Salud, realizaron la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en 1988 cuya metodología, adaptada del esquema propuesto por la OMS en 1980, permitió conocer la prevalencia y distribución del consumo de tabaco en la población urbana nacional de 12 a 65 años de edad. En 1993 se realizó la segunda

ENA y para 1998 se llevó a cabo la tercera.⁶ En el 2002 teniendo entre otros objetivos obtener información acerca de la ayuda solicitada con relación a problemas surgidos por el consumo de tabaco, drogas y/o bebidas alcohólicas se realizó la cuarta ENA, además en ella se investigó la asistencia a cursos preventivos sobre el consumo de drogas.⁷

La prevalencia de fumadores obtenida en las cuatro encuestas nacionales muestra un discreto incremento. En 1988, la prevalencia global de la población urbana entre los 12 y 65 años de edad, fue de 25.8%, mientras que en 1993 fue de 25.1%, incrementándose en 1998 a 27.7%. Durante 1988 más de 9 millones de mexicanos eran fumadores activos, la mayoría hombres [6 549,400 hombres (71%) versus 2 724,600 mujeres (29%)]. Hacia 1998, estas cifras se incrementaron a más de 13 millones de fumadores con una proporción de 67% hombres y 33% mujeres.⁸

Tratamiento: El término tratamiento se utiliza para definir el proceso que comienza cuando los consumidores de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud u otro servicio comunitario y puede continuar a través de una serie de intervenciones concretas hasta que el usuario abandona su uso y alcanza un nivel de salud y bienestar más altos. Aún cuando desde hace varias décadas se puso de manifiesto la peligrosidad del tabaco, no se consideró que la nicotina fuese una droga, a pesar del alto índice de recaídas en fumadores que habían tratado de dejar de fumar. Cuando se demostró el poder adictivo de la nicotina y se reclasificó a través del DSM IV, se inició la investigación de alternativas para favorecer el abandono de esta adicción. Las alternativas para dejar de fumar son variadas. El

fumador que quiere dejar de fumar debe conocer las molestias a las que se va a enfrentar y poner en marcha estrategias para evitarlas, entre otras incrementar su ejercicio físico y vigilar su alimentación ante un probable aumento de peso. Si bien es cierto que un porcentaje de fumadores logra abandonar el consumo sin ningún apoyo farmacológico o de otro tipo, dejando de fumar de manera voluntaria y repentina, por convicción, autodominio, miedo a contraer enfermedades u otras razones, la mayoría de los casos requieren de apoyo complementario especialmente durante las primeras 8 ó 12 semanas de abstinencia, que es el período más crítico para las recaídas.¹

En el tratamiento para el abandono del tabaco se distinguen cuatro tipos de modalidades:⁹

Terapia de sustitución

Terapia de bloqueo

Terapia de soporte

Otras terapias farmacológicas

Terapias de sustitución

La terapia de sustitución consiste en administrar nicotina, por una vía distinta a la de fumar, en dosis progresivamente decrecientes hasta lograr la rehabilitación. En el mercado mexicano existen tres tipos de terapia de sustitución: los chicles de polacrilex, los parches y los que administran nicotina a través de un inhalador oral. En otras partes del mundo ya está disponible también el inhalador nasal.^{10,11} A continuación se detallan las terapias más populares en México.

Goma de polacrilex (chicle de nicotina). En México sólo existen las tabletas de 2 mg, en tanto que en otros países también se vende la presentación de 4 mg. La absorción de la nicotina a través de las mucosas del organismo es variable y depende de varios factores. Por ejemplo, la acidez de la cavidad bucal inhibe la absorción de nicotina y por lo tanto su biodisponibilidad es pobre. Las tabletas de polacrilex liberan solamente 50% de su contenido en la boca¹² y por ello 10 tabletas de 2 mg sólo proporcionan 10 mg de nicotina. La caja en la que vienen empaquetados recomienda que se utilice el número que se requiera, de acuerdo con su necesidad de fumar sin exceder de 30 piezas de las de 2 mg.⁹

Los chicles de nicotina son eficaces auxiliares en el proceso para dejar de fumar prácticamente en todas las circunstancias en las que se utilicen, ya sea que se los proporcionen sus médicos, o por autoprescripción del fumador o por alguna clínica especializada.¹³ En un análisis de cinco años consecutivos, en la Clínica para Dejar de Fumar, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en México, se encontró que en la medida en que los pacientes reciban apoyo psicológico especializado la necesidad de los chicles de nicotina es menor.¹⁴ El uso de los chicles brinda una posibilidad 1.6 veces mayor de éxito que el uso de placebo (Razón de momios RM = 1.6). Es decir, son útiles en el proceso para dejar de fumar y el impacto es significativamente superior al del placebo.¹⁵

Parches de nicotina. Existen en México al menos dos tipos comerciales de parches de nicotina. Uno de ellos, solamente está disponible al público con prescripción médica. Se presenta en parches de 10, 20 y 30 cm², que liberan 17.5, 35 y 52.5 mg de nicotina,

respectivamente. El otro está disponible al público como producto popular y por lo tanto no requiere prescripción médica. Se presenta como parches de 21, 14 y 7 mg cada uno. Los parches liberan en promedio 0.9 mg de nicotina por hora y alcanzan las dosis sistémicas máximas en 2 a 3 días.⁹ Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que cuando un fumador deja de fumar el mismo día que empieza a utilizar los parches, en realidad no va a alcanzar los niveles óptimos ofrecidos por los mismos hasta que hayan transcurrido cuando menos 12 horas y puede presentar grados variables de abstinencia.

Fiore y colaboradores estudiaron el efecto del consejo o apoyo adicional sobre el éxito de los parches y concluyeron que el porcentaje de éxito al final del tratamiento es hasta de 42%. Sin embargo, a los seis meses este porcentaje de éxito baja hasta 27%; al igual que la mayoría de los meta-análisis publicados, concluyen que los parches son una ayuda efectiva en el proceso de dejar de fumar y tienen el potencial de mejorar significativamente la salud pública.¹⁶

Terapias de bloqueo

Consiste en el bloqueo de receptores nicotínicos con fármacos, lo cual reduce la satisfacción de fumar, pero presenta reacciones adversas por su efecto bloqueador, lo cual hasta la fecha limita su uso.¹ La mayoría de estos medicamentos no tienen aprobación para ser utilizados como tales, con excepción del bupropión.

Bupropión. El bupropión se comercializó durante muchos años en los EUA como un antidepresivo. En cuando menos dos ensayos clínicos controlados bien diseñados, se

probó su utilidad para el tratamiento del tabaquismo.¹⁷ Se cree que su mecanismo de acción depende del bloqueo de la recaptura de neurotransmisores en los sitios dopaminérgicos y adrenérgicos en el sistema nervioso central. Ha mostrado una utilidad dos veces mayor a la reportada para el placebo.¹⁸ En uno de los ensayos clínicos¹⁷ en el que se comparó bupropión/parches de nicotina/bupropión + parches de nicotina/placebo se encontró que el bupropión consigue un porcentaje de éxito de 35% a los seis meses, y de 30% a los 12 meses en comparación de 19 y 16% del placebo con los mismos intervalos, respectivamente. Se ha reportado que el uso de bupropión se acompaña de convulsiones, cefalea e insomnio. Al parecer, el riesgo de convulsiones existe en aquellos sujetos que tienen antecedentes de ellas. Por esta razón, es preferible evitar este medicamento en alcohólicos o en quienes usan inhibidores de la monoamino oxidasa. La probabilidad promedio de éxito (RM) reportada en el meta-análisis de Fiore es de 2.1.⁹

Terapia de soporte

Programas de apoyo psicosocial como único procedimiento o asociada a procedimientos farmacológicos. Hasta ahora es la que ha alcanzado mayor número de resultados satisfactorios.¹

Otras terapias: Nic-Vax

Actualmente se está estudiando un compuesto denominado Nic-Vax que induce la formación de anticuerpos que neutralizan la nicotina en la sangre en alrededor de 65% y reducen los efectos de la sustancia en el corazón y el cerebro. El cual abre la

perspectiva de poder disminuir los satisfactores que provoca la nicotina y así prevenir y coadyuvar en el tratamiento del tabaquismo.¹

1.2 Estrategia participativa educativa

Hoy en día se considera a la Andragogía como la disciplina que se ocupa de la educación y el aprendizaje del adulto, a diferencia de la Pedagogía que se aplicó a la educación del niño. A últimas fechas, se ha dado suma importancia a los preceptos andragógicos para identificar la forma en que se logra el aprendizaje en la Educación de Adultos de forma tal que las personas logran en el desarrollo autosostenido e integral, ubicarse como individuos capaces de contribuir a logros profesionales, de crecimiento personal y de intervención comunitaria y social.¹⁹

A la educación ya no se le considera como mediación entre generación y generación o como transmisión de bienes de cualquier naturaleza, o imposición de valores de diferentes órdenes, o de simple preparación del niño para la vida. La educación es la suma de eso y de algo más. Todo hombre por su misma condición humana, tiene como carácter integral, dinámico, que no termina nunca, inherente a su naturaleza, la educabilidad. Aunque es difícil señalar un límite final a la educabilidad del individuo, es razonable aceptar que ella acaba con la decrepitud, cuando ni las funciones mentales ni físicas permiten bastarse a sí mismo cuando hay real incapacidad para la vida individual y social. El hombre jamás se detiene en su aspiración de mejorar; su interés por perfeccionarse aumenta cada día. Existe en él, y quizá esta sea la esencia misma de su progreso, el afán de acumular conocimientos y experiencias. Tal es lo que caracteriza la

condición humana del hombre: la inherente búsqueda de conocimientos que conduzcan a su mejoramiento integral.¹⁹

En nuestros días se entiende a la educación como un proceso global que abarca la vida del ser humano en su extensión. El hombre empieza a educarse en el vientre materno y termina su educación con la muerte y aún después que fallece, puede seguir influyendo en la formación de sus semejantes. Este proceso exige una formulación científica de la educación, la estructuración de sistemas renovados y la adopción de técnicas adecuadas en función de un rendimiento eficaz en la realización del hombre para satisfacer sus múltiples y variadas aspiraciones. Dentro de este concepto de educación permanente del hombre, la Pedagogía limita su campo al estudio de la acción de educar al individuo en los primeros años de su vida y, en consecuencia, le es imposible extender su operatividad a la etapa en que él alcanza su plenitud vital o adultez. Esta nueva concepción de la educación ha llevado a muchos pensadores a formular ideas o criterios, de si existe o si se realiza una verdadera educación durante los primeros años de la vida. Muchos creen que lo que ayer se llamó educación, no es más que adiestramiento, porque hay quien opina que la verdadera educación comienza después "del proceso de domesticación y desarrollo de las capacidades intelectuales que lo hace apto para vivir gregaria o independientemente como ser humano".²⁰

El aprendizaje de la medicina, como cualquier actividad desarrollada por los seres humanos, se facilita cuando se sigue una metodología didáctica apropiada. Por lo tanto, son importantes los métodos, técnicas, prácticas, estrategias y recursos que conforman la metodología didáctica en la enseñanza de la medicina. Se considera como método

didáctico el camino para alcanzar el aprendizaje, es decir, un conjunto organizado de normas, recursos y procedimientos generales para lograr los objetivos de un curso; su organización deber ser lógica y racional. El método debe ser amplio y flexible, con sentido de unidad y no como un fin en si mismo, sino como un medio, ya que su propósito es que el educando logre los objetivos educacionales tomando en cuenta sus características y el medio ambiente.²⁰

Es conveniente al utilizar cualquier método didáctico, considerar algunos principios básicos como son proximidad a la vida del educando, dirección de los esfuerzos del alumno, continuidad (para la auto-superación) en la práctica de los conocimientos, ordenamiento de los contenidos de lo simple a lo complejo, adecuación a las posibilidades reales de aprendizaje de los alumnos, eficiencia, facilitar el éxito del educando, participación activa y dinámica del alumno en las experiencias de aprendizaje, propiciar el vínculo escuela-sociedad, descubrimiento de los hechos por el alumno y su reafirmación en función de los resultados obtenidos, integración del conocimiento y su transferencia y el de promover la reflexión, la auto-evaluación, la responsabilidad y el compromiso del educando.²⁰

De acuerdo con Imideo Nérci los métodos de enseñanza se clasifican tomando los siguientes elementos:²¹

Forma de razonamiento, de acuerdo con los procesos lógicos los métodos pueden ser; deductivo cuando se parte de una proposición general para obtener una particular, inductivo cuando se parte de una proposición particular para obtener una general;

transductivo o analógico cuando se parte de una proposición general o particular para obtener otra, ya sea general o particular.

Coordinación de la materia, concretización de la enseñanza, sistematización de la materia, actividad del alumno, globalización de los conocimientos, relación profesor alumno, trabajo del alumno, aceptación de lo enseñado por parte del alumno, técnicas, práctica adecuada.

La *técnica didáctica* es el conjunto de pasos, procedimientos y recursos que utiliza la docencia para obtener resultados parciales, juzgados útiles para el logro de un objetivo de aprendizaje. Cada técnica consta de tres fases: a) planeación, b) ejecución y c) evaluación; la planeación define los objetivos, los contenidos, la población a la que se dirige la enseñanza, la ejecución, es el momento en que los alumnos ya están presentes y se consideran cuatro subfases que son:

- 1) Motivación y 2) presentación: consiste en la explicación del contenido a tratar y su importancia para incentivar el interés de los alumnos.
- 3) Realización: son las actividades necesarias para que los alumnos obtengan la información, puede ser la exposición del tema para el maestro, la lectura de un texto por los alumnos, la asistencia a una conferencia, etcétera.
- 4) Elaboración: son las actividades que se requieren para que los alumnos incorporen el objeto de conocimiento, es decir, lo hagan propio (por ejemplo, la sesión plenaria, la ejercitación de una destreza, efectuada por los propios alumnos).

Una estrategia de aprendizaje es la secuencia detallada de las actividades a desarrollar tanto por participantes (alumnos) como por el coordinador (profesor) para el logro de los objetivos de aprendizaje. Para el diseño de las estrategias se deben tomar en cuenta, además de los criterios ya señalados, los siguientes: ubicación del curso, definición de los objetivos, definición de los contenidos del curso, selección de la información, diseño de medios y actividades para transmitir la información, diseño de actividades para que los alumnos se incorporen al objeto del conocimiento y redacción de la estrategia para los alumnos.

En la enseñanza de la medicina, la exposición con preguntas es una técnica relativamente útil. La conferencia es una técnica didáctica que consiste en un discurso, previamente preparado, expuesto por un experto ante un auditorio. El tiempo que se recomienda es de 45 a 60 minutos.²¹

1.3 Conocimientos sobre tratamiento farmacológico

Se sabe que en México hay más de 14 millones de fumadores y cerca de la mitad de la población está expuesta en forma activa o pasiva al humo del cigarro.⁷ Desde el punto de vista de los fumadores, el 70% reconoce querer dejar de fumar.

En un trabajo realizado recientemente dentro de los Institutos Nacionales de Salud en México, se observó que 33% de los fumadores quiere dejar de hacerlo y 45% ha hecho cuando menos un intento para dejar de fumar; es decir, 78% de esos fumadores desea dejar de fumar o ha hecho cuando menos un intento para conseguirlo.²² El 90% de las personas que deciden dejar de fumar lo hace por su cuenta. Solamente aquellos que lo

intentan y recaen, después de varios intentos, decide buscar ayuda.²³ Un porcentaje importante de ellos busca el consejo médico.

Diversos estudios indican que si los médicos y otros profesionales de la salud ayudaran a sus pacientes a dejar de fumar, su influencia sería decisiva para reducir el tabaquismo en una comunidad. Los profesionales de la salud, principalmente los del primer nivel de atención, deben ser los responsables de las acciones contra el tabaquismo al alertar a la población sobre los daños a la salud asociados al consumo del tabaco para que no comience a fumar.²⁴

Aproximadamente el 70% de la población acude a una consulta médica cuando menos una vez al año y durante estas visitas el médico tiene la oportunidad de aconsejar a sus pacientes para que dejen de fumar. Sin embargo, solamente al 50% de los fumadores reportan haber sido cuestionados sobre su hábito de fumar; y en menor porcentaje aseveran que su médico les haya recomendado dejar de hacerlo.²⁵ Una de las razones por la que los médicos se muestran poco optimistas para dar un consejo médico es que consideran que, su intervención no sería eficaz ya que a los fumadores los perciben poco motivados y ellos mismos se consideran con escaso conocimiento de los diferentes métodos para dejar de fumar.⁶

Lara-Rivas y colaboradores,²⁴ publicaron en el 2002 un artículo cuyo propósito era determinar el grado de conocimientos que tienen los médicos sobre los medicamentos utilizados para dejar de fumar. Para esto fueron entrevistados 220 médicos, 69 médicos familiares, 102 neumólogos y 49 cardiólogos, a todos ellos se les entregó un

cuestionario, anónimo y autoaplicable que contenía preguntas acerca del tratamiento para dejar de fumar. Este cuestionario fue respondido en el espacio laboral de cada médico. Estos autores refieren un rango de edad entre sus encuestados de 23 a 68 años, con un promedio de 36 ± 10 . El porcentaje de fumadores fue de 20% para los médicos familiares. El 30% de estos últimos, consideraron el tabaquismo como una adicción que tiene un componente físico y otro psicológico y sólo el 23.17% identificó lo que una buena intervención farmacológica como auxiliar para dejar de fumar. En esta investigación, los resultados muestran que los conocimientos que tienen los médicos acerca de los auxiliares terapéuticos son pobres.

En el año 2004 McMenamín y colaboradores,²⁸ realizaron un estudio en Berkeley, California, Estados Unidos de Norteamérica, con el objetivo de documentar el nivel de conocimiento entre los médicos de primer nivel, así como de los beneficiarios del programa Medicaid, de su cobertura para el tratamiento del tabaquismo. Para este fin se realizaron dos encuestas una para los beneficiarios y otra para los médicos; se incorporaron 200 beneficiarios de 400 elegibles y 270 médicos de 1,182 que se contactaron. La tasa de respuesta de los médicos fue de 58%, siendo 160 aquellos que participaron en la encuesta. El instrumento aplicado a los trabajadores de la salud constó de 15 preguntas, que incluían características demográficas y otras para determinar el conocimiento sobre el tratamiento del tabaquismo que cubre el Medicaid (parche de nicotina, chicle de polacrilex, spray nasal, Inhaladores de nicotina, Zyban, Wellburin, consejería individual y programas de apoyo y conductuales para fumadores). Entre los resultados se encontró que sólo el 60% de los médicos sabían que cualquiera de los tratamientos incluidos en la encuesta está cubierto por Medicaid.

Marcy TW y colaboradores,²⁵ publicaron un artículo en el año 2005, cuyo propósito era valorar la importancia relativa de las barreras para el uso de tratamientos contra el tabaquismo desde la perspectiva de los médicos y de los directores de clínicas de primer nivel en Vermont, Burlington. La muestra de los médicos estaba conformada por 727 especialistas de primer nivel (médicos internistas, familiares y generales) y 210 médicos sub-especialistas (otorrinolaringólogos, neumólogos, cardiólogos, gineco-obstetras, cirujanos torácicos y neurólogos). De esta muestra se seleccionaron 600 médicos de forma aleatoria sistemática. La entrevista fue diseñada para evaluar el uso de consejería contra el tabaquismo y las fuentes para dejar de fumar en Vermont y las barreras percibidas para poner en marcha la Guía Clínica Práctica sobre el Tratamiento, Uso y Dependencia del Tabaco del Departamento de Servicios Humanos de Estados Unidos. También se entrevistaron a 93 directores de clínicas con otro instrumento. La tasa de respuesta de los médicos fue de 67%, así pues sólo 385 entrevistas fueron completadas. El 32% refirió no estar seguro de sus conocimientos sobre la guía, sin embargo una proporción grande reportó realizar actividades que están conformes a las recomendaciones de la guía. El 84% reportó que en sus clínicas cuentan con un sistema para identificar el estado de tabaquismo del paciente. A pesar de lo anterior sólo 12 (3%) recomiendan por lo menos una de las farmacoterapias aprobadas por la Oficina de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) y 7% prescriben medicamentos no recomendados. En lo que se refiere a las barreras para poner en marcha la guía sólo 16 (4.5%) reportaron escaso conocimiento de ella como una razón importante de no otorgar consejería contra el tabaquismo.

2. Planteamiento del problema

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte evitable en todo el mundo. En nuestro país se ha convertido en un problema importante para la salud, siendo muchos los factores que intervienen para que nuestra población persista con este hábito tabáquico.

La medicina actual va encaminada a ser preventiva, sin embargo diversos estudios mencionan que con respecto a la prevención y tratamiento del tabaquismo se tiene poco conocimiento, siendo un problema de importancia para poder frenar esta aniquilante enfermedad que es causa de múltiples complicaciones que repercuten en la economía de las instituciones.

Por lo tanto de poco sirve que haya avances terapéuticos, la comunidad médica no tiene el conocimiento para otorgar tratamiento para que su paciente deje de fumar y de esta forma prevenir complicaciones que disminuyen la calidad de vida, incapacidad prematura y la muerte temprana de un paciente fumador.

Por lo anterior surge la siguiente la pregunta de investigación:

¿Cuál es el impacto de una estrategia participativa educativa en el conocimiento de los Médicos Familiares respecto al tabaquismo y su tratamiento en la Unidad de Medicina Familiar No.9 en Acapulco, Guerrero?

3. Justificación

Es conocido que un 90% de las personas, que deciden dejar de fumar lo hacen por su cuenta, solamente aquellos que lo intentan y recaen después de varios intentos deciden buscar ayuda y solo un porcentaje de ellos busca el consejo médico. El médico familiar tiene la oportunidad de aconsejar a sus pacientes para que dejen de fumar en cada una de las consultas; sin embargo sólo al 50% de los fumadores reportan haber sido cuestionados sobre su hábito de fumar y en menor porcentaje aseveran que su médico les haya recomendado dejar de hacerlo.³

Estudios anteriores indican que los médicos poseen limitado conocimiento sobre las diferentes intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que pueden auxiliar a un fumador para dejar de fumar, ésta puede ser una limitante de gran importancia para proveer de consejo médico a los fumadores, orientado a dejar de fumar. Debido a que éste es un problema independiente a la especialidad de los médicos y al hecho de que sean fumadores o no, se requiere de un programa de educación médica continua.⁷

La trascendencia del tabaquismo radica en que una de la principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo, además de ser una sustancia adictiva, socialmente aceptada y de consumo legal, la Organización Mundial de la Salud señala que la población mundial 30% de los adultos son fumadores, y de estos fumadores 3.5 millones fallecen al año. Lo que equivale a la muerte de siete personas por minuto por enfermedades relacionadas al tabaquismo, además del alto impacto que tiene en el área laboral ya que causa de enfermedades como: enfermedad isquémica

del corazón y los tumores malignos del pulmón. Bronquios y tráquea. Por lo que la magnitud del costo asociado con el tabaquismo se observa en el costo de vidas humanas. Los costos directos se estiman con base a la enfermedad causada como: gastos en atención médica, atención al enfermo crónico y rehabilitación; ausentismo laboral, pérdida de días/hombre de fuerza laboral; ausentismo escolar. De igual forma, la disminución de la calidad de vida de fumadores y fumadores pasivos.⁶

El tabaquismo es vulnerable ya que se pueden realizar acciones desde nivel escolar, realizar concientización de la población, por igual con los medios de comunicación para la población en general así como esta población tenga al alcance los tratamientos actuales para la adicción del tabaquismo.

Actualmente es factible realizar acciones de educación para la salud con los recursos con que cuenta la institución, ya que el personal es susceptible, así como el material de apoyo para este fin.

Lo anterior orientado a desarrollar la formación de grupos de autoayuda y a mediano plazo clínicas de tabaquismo. Actualmente no existe ningún programa específico de educación sobre la prevención y el tratamiento del tabaquismo por lo que la presente investigación pretende estimar el impacto de una estrategia participativa educativa en el conocimiento de los médicos familiares en el tratamiento para dejar de fumar y así impactar en la disminución de pacientes con esta enfermedad y con ello disminuir las complicaciones prematuras y la muerte.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

- Estimar el impacto de una estrategia participativa educativa en el conocimiento de los Médicos Familiares respecto al tabaquismo y su tratamiento en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 en Acapulco, Gro.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas y las relacionadas al tabaquismo.
- Realizar un análisis comparativo del cuestionario
- Comparar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo de los médicos.

5. Hipótesis

El nivel de conocimientos de los médicos familiares respecto al tabaquismo y su tratamiento es menos del 20%. Teniendo una participación educativa se espera tener un 60 a 80% de conocimientos respecto al tabaquismo y su tratamiento.

6. Material y métodos

6.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuasi-experimental, intervención educativa

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio

Médicos Familiares y Generales adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS, de Acapulco, Gro. En el periodo comprendido entre abril y mayo del año 2006.

6.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Para este estudio no se realizó cálculo del tamaño mínimo de muestra ya que se tomó al total de médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 que corresponde a 57 médicos, 29 del turno matutino y 28 del turno vespertino.

6.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Médicos adscritos a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.9 que deseen participar en el estudio.
- Firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Médicos adscritos al servicio de urgencias, Jefes de Departamento Clínico.
- Médicos que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos o ilegibles.

6.5 Definición y operacionalización de variables

Conocimiento del médico familiar sobre el tratamiento para dejar de fumar.

Conjunto de aptitudes cognoscitivas que posee el médico para dejar de fumar.

Indicador: número de aciertos: 1) 10 a 8= Alto, 2) 7 a 6 = medio y 3) <5= Bajo

Escala: cualitativa

Operacionalización: se aplicó como instrumento de medición un cuestionario de 18 preguntas, donde se valoran 8 preguntas en forma general y 10 preguntas sobre conocimiento del tratamiento de tabaquismo.

Escala: cuantitativa

Indicador: años cumplidos hasta el momento de la aplicación del cuestionario.

Operacionalización: se realizó la pregunta en el cuestionario donde el médico escribía la edad cumplida hasta el momento del estudio.

Estado civil

Condición social en cuanto a derecho y obligaciones.

Escala: cualitativa.

Indicador: 1) soltero, 2) casado, 3) unión libre, 4) viudo, 5) divorciado.

Operacionalización: se interrogó sobre su estado civil en pregunta libre en el cuestionario de preguntas generales.

Sexo

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Escala: cualitativa

Indicador: 1) hombre, 2) mujer.

Operacionalización: mediante el cuestionario se incluyó la pregunta para conocer el sexo de los médicos encuestados.

Categoría

De acuerdo al tabulador de puestos de base del IMSS, se dividen las categorías médicas en médico general, médico familiar y médico no-familiar.

Escala: cualitativa

Indicador: 1) médico familiar, 2) médico general.

Operacionalización: en el cuestionario el encuestado señalaba si contaba con la calificación de médico familiar o no.

Percepción de hábito tabáquico

Adicción crónica generada por el tabaco que produce dependencia psicológica como también un gran número de enfermedades respiratorias y cardíacas (entre ellas cáncer)

Escala: cualitativa

Indicador: 1) tabaquismo positivo 2) tabaquismo negativo

Operacionalización: en el cuestionario se indicó que se señalará la percepción del médico sobre su hábito tabáquico.

Impacto de la estrategia participativa educativa

La evaluación de impacto mide, a partir de una información sobre la situación inicial de la población objetivo, los cambios producidos en esa población, luego de aplicada la

estrategia participativa educativa en un periodo determinado, definido éste, en función de la maduración o consolidación de los efectos esperados.

Escala: cuantitativa

Indicador: calificación

Operacionalización: para medir el impacto se aplicó el cuestionario tomándose en cuenta las 10 preguntas que discurrían sobre el tratamiento del tabaquismo antes y después de impartir la estrategia participativa, obteniéndose el porcentaje de médicos que contestaron correctamente en cada una de ellas. De estas dos evaluaciones se comparó la calificación de los médicos, previa y después de la intervención.

6.6 Método de recolección de datos

Prevía autorización del Comité de Investigación, se aplicó un cuestionario validado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias que consta de 10 preguntas sobre el tratamiento del tabaquismo y preguntas generales, éstas últimas fueron modificadas, adecuándose al grupo de médicos a estudiar (fecha, edad, sexo, antigüedad en el puesto, categoría, universidad de origen, tabaquismo, cursos sobre tratamiento para dejar de fumar). El tiempo calculado para contestar este cuestionario fue 5 minutos.

Se obtuvo información acerca del conocimiento de los médicos familiares sobre tabaquismo y su tratamiento, posteriormente se realizó una intervención educativa. El curso se impartió en el aula de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS en Acapulco, Guerrero, sede del presente estudio. Este curso fue impartido por un médico no-familiar neumólogo adscrito al Hospital General Regional No. 1 "Vicente Guerrero" de la misma ciudad. El taller tuvo una duración de 120 minutos, integrando a 2 grupos

de 29 y 28 médicos cada uno, distribuyendo el tiempo por etapas de la siguiente manera:

Introducción 15 minutos.

- Presentación del taller

Exposición del tema de en forma global y enfocado al tratamiento 50 minutos.

- Definición de la Tabaquismo
- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Complicaciones

Análisis de solución, discusión dinámica de grupo, con revisión de artículos que hablen de tratamiento de tabaquismo 55 minutos.

- Artículos de interés sobre tratamiento de tabaquismo.
- Se desarrolló revisión y comentario de artículos.
- Preguntas y respuestas sobre dudas del tratamiento de tabaquismo.

Al final del curso se otorgó material didáctico a cada uno de los médicos participantes que trataban sobre el tabaquismo como enfermedad, su patogenia, complicaciones y tratamiento, con un enfoque más detallado sobre este último punto; además se otorgó un programa de apoyo.

Asimismo se aplicó el mismo instrumento del principio para constatar el impacto de la intervención educativa sobre el conocimiento de los médicos del tabaquismo y su tratamiento.

6.7 Consideraciones éticas de la investigación

El tabaquismo es la causa de mortalidad evitable más importante del mundo. El consumo de tabaco es responsable de más de 3 millones de muertes al año y tiene además, repercusiones sociales y económicas. Con la estrategia que se llevó a cabo en este estudio se agrega una herramienta más al médico familiar, para poder contrarrestar los efectos de esta enfermedad, asimismo podrá servir como modelo para crear la idea de realizar un programa institucional que apoye a los médicos familiares para reducir las complicaciones del tabaquismo.

Para la realización de éste estudio no se contravino la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos: "para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados".²⁶

Esta investigación de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I, se consideró como "investigación sin riesgo".²⁷

7.1 Análisis estadístico

Una vez realizadas ambas encuestas se procedió a su captura con ayuda del software SPSS versión 12 para Windows. El análisis de los resultados se realizó con el mismo paquete estadístico, obteniendo frecuencias simples y proporciones. Las pruebas para valorar las diferencias pre y post intervención fueron realizadas mediante análisis pareado con nivel de confianza al 95%. En virtud de que cada una de las respuestas pre y post intervención, fueron dicotomizadas (correcta o incorrecta) se efectuó la prueba de McNemar. En lo que se refiere la calificación inicial y final total (suma aritmética de los aciertos) fueron comparadas a través de la prueba de rangos y signos de Wilcoxon. Por último se categorizó el conocimiento en alto (de 8 a 10 aciertos), medio (de 6 a 7 aciertos) y bajo (menos de 5 aciertos) y se aplicó la prueba de homogeneidad marginal.

7. Resultados

7.1 Descripción de los resultados:

Los médicos, posibles participantes fueron aquellos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9, siendo un total de 57 médicos del turno matutino y vespertino, el 50.9% conforma el turno matutino y el otro 49.1% el turno vespertino.^{Tabla 1}

De los médicos antes mencionados, 46 aceptaron participar (80.7%) y 11 (19.3%) médicos decidieron no participar argumentando diversas razones.^{Tabla 2}

Los médicos participantes presentaron edad mínima de 23 años y máxima de 58, con una mediana igual a 45 años. De acuerdo a los rangos de edad establecidos, la población se distribuyó de la siguiente manera: 10 (21.7%) médicos en el grupo de 39 años y menos, y 12 (26.1%) en cada uno de los grupos de 40 a 44, de 45 a 49 y de 50 años y más. ^{Tabla 3}

Analizando la colaboración por sexo, 14 correspondieron al femenino representando el 41.3% y 27 fueron hombres, 58.7% de la población participante. ^{Tabla 3}

En lo que se refiere a la categoría, 8 (17.4%) fueron médicos familiares y 38 (82.6%) generales. ^{Tabla 4}

La antigüedad en el puesto mínima fue de 2 años y la máxima de 27, con una mediana de 15 años. El grupo de 9 años y menos estuvo compuesto por 10 (21.7%) médicos, el de 10 a 19 años por 21 (45.7%) y el de 20 años y más por 15 (32.6%). ^{Tabla 4}

La mayoría de los médicos (65.2%) fueron egresados de la Universidad Autónoma de Guerrero, seguidos de aquellos egresados de la Universidad Autónoma de México (17.4%) y de los del Instituto Politécnico Nacional (10.9%), sólo 3 (6.5%) fueron egresados de la Universidad Autónoma de Puebla. ^{Tabla 4}

De acuerdo a la percepción de los médicos participantes del hábito tabáquico, sólo 5 (10.9%) consideró tener tabaquismo positivo, y la mayoría, 41 (89.1%), se consideró con tabaquismo negativo. ^{Tabla 5}

Al interrogar a los participantes sobre su asistencia o participación en cursos sobre el tratamiento del tabaquismo en el último año, sólo 4 (8.7%) respondieron haber asistido a ellos y el 91.3% lo negó.^{Tabla 5}

En lo referente a las evaluaciones, todos los médicos consideraron al tabaquismo como adicción y que su tratamiento óptimo debe considerar tanto el aspecto de dependencia física como psicológica, tanto en la evaluación inicial, como en la que se realizó posterior a la intervención educativa.^{Tabla 6}

Antes de dicha intervención participativa el 87% contestó correctamente sobre lo que se considera una buena intervención farmacológica como auxiliar para dejar de fumar, después de la intervención todos lo hicieron correctamente.^{Tabla 6}

En la evaluación inicial sólo el 4.3% conocía el cuestionario de Fagerström, después de haber impartido el curso, todos contestaron correctamente. Los mejores resultados en la prueba final comparados con la inicial, se observaron en las preguntas sobre el contenido de nicotina de un cigarrillo (10.9% vs. 91.3%) y en el tiempo recomendado para la utilización de algún reemplazo de nicotina (17.4% vs. 93.5%); también se observó mejor respuesta en las preguntas 2 y 3, donde se interroga sobre la dosis de la goma de mascar (10.9% vs. 89.1%) y del parche (8.7% vs. 80.4%) respectivamente. En las otras preguntas también se observó un mayor porcentaje de aciertos pero no tan notorio como el de las anteriores.^{Tabla 6}

Con la prueba de McNemar se observaron diferencias estadísticamente significativas en 9 de las 10 preguntas ($p < 0.05$). En la pregunta 5 todos contestaron correctamente tanto en la evaluación inicial como en la final, por lo que no se aplicó dicha prueba.^{Tabla 6}

Al calificar los aciertos logrados, la calificación inicial tuvo una mínima de 1 y una máxima de 6 con una mediana de 2. La calificación final mínima fue de 5 aciertos y la máxima de 10, siendo la mediana de aciertos 8, observándose diferencia estadísticamente significativa en el análisis pareado ($p < 0.05$), con la prueba de rangos y signos de Wilcoxon.

El conocimiento se consideró de acuerdo a la calificación obtenida en alto, medio y bajo, encontrando que antes de la intervención el conocimiento en general era bajo, calificándose así a 45 (97.8%) de los médicos, sólo 1 (2.2%) presentó nivel de conocimiento medio. Después de haber recibido la instrucción mediante el curso programado para la intervención participativa educativa se observó un aumento muy notorio en el nivel del conocimiento, encontrándose a 36 (78.3%) con un nivel alto, 9 (19.6%) con nivel medio y solamente 1 (2.2%) se mantuvo con mismo nivel bajo con el que se calificó antes de la intervención. Este médico tuvo una calificación inicial de 2 aciertos y finalizó con 5.^{Tabla 7}

Para valorar que el impacto de la Intervención en el conocimiento del tratamiento contra el tabaquismo fuera estadísticamente significativo se aplicó la prueba de homogeneidad marginal, encontrando como se observa prácticamente sólo con revisar los resultados, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

7.2 Tablas

Tabla 1. Distribución por turno de los médicos.

Turno	N = 57	%
Matutino	29	63
Vespertino	28	37

Tabla 2. Participación de los médicos.

	N = 57	%
Participantes	46	80.7
No participantes	11	19.3

Tabla 3. Características personales.

Características	n = 46	%
Rango de edad		
39 años y menos	10	21.7
40 a 44 años	12	26.1
45 a 49 años	12	26.1
50 años y más	12	26.1
Sexo		
Masculino	27	58.7
Femenino	19	41.3

Tabla 4. Características laborales.

Características	n = 46	%
Categoría		
Médico Familiar	38	82.6
Médico General	8	17.4
Antigüedad en el puesto		
9 años y menos	10	21.7
10 a 19 años	21	45.7
20 años y más	15	32.6
Universidad de origen		
Universidad Autónoma de Guerrero	30	65.2
Universidad Nacional Autónoma de México	8	17.4
Instituto Politécnico Nacional	5	10.9
Universidad Autónoma de Puebla	3	6.5

Tabla 5. Características relacionadas al tabaquismo.

Característica	n = 46	%
Percepción de tabaquismo		
Tabaquismo positivo	5	10.9
Tabaquismo negativo	42	89.1
Asistencia a cursos sobre tratamiento del tabaquismo		
No	42	91.3
Si	4	8.7

Tabla 6. Comparación pareada, de la evaluación pre y post intervención participativa educativa.

Pregunta	Evaluación inicial		Evaluación final		Valor de p*
	Respuestas correctas	%	Respuestas correctas	%	
1. ¿Conoce usted el cuestionario de Fagerström?	2	4.3	46	100	< 0.05
2. El contenido de nicotina en un cigarro es de:	5	10.9	42	91.3	< 0.05
3. Las dosis de la goma de mascar con nicotina son:	5	10.9	41	89.1	< 0.05
4. Las dosis de los parches de nicotina es de:	4	8.7	37	80.4	< 0.05
5. El tabaquismo es una adicción y su tratamiento óptimo debe considerar tanto el aspecto de dependencia física como psicológica.	46	100	46	100	1.00
6. Marque con una "X" lo que considere una buena intervención farmacológica como auxiliar para dejar de fumar.	40	87.0	46	100	0.312
7. Si una persona que fuma 11 cigarrillos al día le pide ayuda para dejar de fumar y usted le recomienda reemplazo de nicotina con parches, las dosis inicio es de:	5	10.9	26	56.5	< 0.05
8. Las dosis de Bupropion como inicio de tratamiento para dejar de fumar es de:	4	8.7	24	52.2	< 0.05
9. Si un paciente solicita tratamiento de reemplazo de nicotina a base de chicles y fuma 15 cigarros al día le recomendaría que:	5	10.9	30	65.2	< 0.05
10. Si un fumador le pide ayuda para dejar de fumar y quiere utilizar algún reemplazo de nicotina. ¿Por cuánto tiempo le recomendaría que lo use?	8	17.4	43	93.5	< 0.05

*Prueba de McNemar

Tabla 7. Comparación del nivel de conocimiento antes y después de la intervención participativa educativa.

Nivel de conocimiento	Calificación Inicial		Calificación final	
	n = 46	%	n = 46	%
Alto	0	0.0	36	78.3
Medio	1	2.2	9	19.6
Bajo	45	97.8	1	2.2

Se encontró diferencia estadísticamente significativa con la prueba de homogeneidad marginal. $p < 0.05$.

8. Discusión:

La proporción de los médicos que refirieron tabaquismo positivo fue de 10.9%, muy por debajo del 28% referido por Sansores RH y colaboradores,²⁸ en un estudio llevado a cabo con una muestra de médicos de los Institutos Nacionales de: Enfermedades Respiratorias, Cardiología, Cancerología, Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología y Nutrición; además del Hospital Infantil de México y del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Esta proporción comparada con las prevalencias encontradas en los estudios que se han enfocado a indagar sobre esta adicción en los médicos, que van de 22 hasta 33% fue muy baja.²⁹

En lo que se refiere al conocimiento sobre el tratamiento del tabaquismo, al inicio de la intervención el 97.8% de los médicos participantes mostraron bajo nivel. Después de la intervención participativa educativa, el 78.3% presentó un alto nivel de conocimiento, esto es comparable con lo encontrado por McMennamin y colaboradores,²⁶ los cuales refieren que el 60% de los médicos conocen los tratamientos y con lo reportado por Marcy TW y colaboradores,²⁵ quienes indicaron que el 68% de los médicos que ellos estudiaron estaban seguros de sus conocimientos de la Guía Clínica Práctica sobre el Tratamiento, Uso y Dependencia del Tabaco del Departamento de Servicios Humanos de Estados Unidos.

Al hacer una revisión pregunta por pregunta desde la primera evaluación se encontró que el 100% de los médicos participantes, consideran el tabaquismo como una adicción y que el tratamiento óptimo debe considerar tanto el aspecto de dependencia física como psicológica, esta proporción es mucho mayor a lo encontrada en un estudio publicado en el 2002.²⁴ Este último artículo reportó en esta pregunta sólo 30% de acierto y en este mismo estudio refieren que sólo el 23.2% de los médicos familiares identifica una buena intervención farmacológica como auxiliar para dejar de fumar, mientras que en nuestro estudio se encontró que el 87% las identifica correctamente.

No se encontraron estudios que manejaran alguna intervención participativa educativa, pero con nuestros resultados y lo descrito anteriormente en los otros estudios sobre conocimiento del tratamiento del tabaquismo resulta imperante realizar intervenciones dirigidas a aumentar este conocimiento y su empleo para abatir este problema causa de enfermedades graves y muertes.

9. Conclusiones:

- La prevalencia de tabaquismo entre los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 es muy baja.
- El conocimiento sobre los tratamientos farmacológicos del tabaquismo es bajo entre los médicos familiares y generales estudiados.
- Con una buena intervención participativa educativa este conocimiento se incrementa.
- Si bien todos los médicos indican que el tratamiento del tabaquismo debe considerar tanto el aspecto físico como el psicológico, solamente cerca del 90% reconoce una buena intervención farmacológica.
- Los médicos tienen limitados conocimientos sobre las diferentes intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que pueden auxiliar a un fumador a dejar de fumar, lo cual mejora con una buena intervención participativa educativa como la realizada en este estudio.

9.1. Sugerencias:

- Implementar programas sobre tabaquismo en las Unidades de Medicina Familiar y Hospitales para informar a la población derechohabiente.
- Brindar educación sistematizada sobre tratamientos para dejar de fumar y de manera formal a todos los médicos y sobre todo a nivel de educación superior (Facultad de Medicina), a fin de que todos los problemas relacionados con el consumo de tabaco puedan ser disminuidos o abolidos.
- Promover en la consulta externa de especialidades y Medicina Familiar con mayor énfasis los beneficios que se desprenden de un adecuado tratamiento para dejar de fumar y los beneficios que esto trae a toda la comunidad.
- Formar grupos de auto-ayuda y clínicas para el tratamiento de tabaquismo.
- Incluir al cuadro básicos de medicamentos, los fármacos que ayudan al paciente con la adicción del tabaquismo ya que es importante para disminuir las secuelas y las enfermedades asociadas al tabaquismo, y realizar conciencia que, el costo beneficio es sumamente importante para el paciente.
- Crear grupo de médicos que revisen temas y sesiones educativas por expertos para mejorar y fortalecer los conocimientos y ponerlos en práctica en la actividad profesional diaria.

10. Referencias bibliográficas

1. Programa de acción: adicciones. Tabaquismo. 2001. Secretaría de Salud, México.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, 1999.
3. World Health Organization. The smoking epidemic- A fire in the global village. 25th August, Ginebra: 1997,
4. Sepúlveda J. La epidemia del tabaquismo en las Américas. *Salud Publica Méx* 2002;44:s7-s10.
5. Reddy-Jacobs C, Téllez-Rojo MM, Meneses-González F, Campuzano-Rincón J, Hernández-Ávila M. Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud Publica Mex* 2006; 48:s83-s90.
6. Tapia-Conyer R, Kuri-Morales P, Hoy-Gutiérrez MJ. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. *Salud Publica Mex* 2001;43:478-484.
7. Secretaría de Salud, Secretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de las Adicciones, Tabaco*. México, D. F.: SSA, 2002.

8. Secretaría de Salud, Secretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional Contra las Adicciones. Encuesta Nacional de las Adicciones, Tabaco. México, D. F.: SSA, 1998.
9. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Espinosa-Martínez M, Sandoval R. Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. Salud Publica Mex 2002; 44:s116-s124.
10. Karnath B. Smoking cessation. Am J Med 2002;112:399-405.
11. Lerman C, Patterson F, Berrettini W. Treating tobacco dependence: State of the science and new directions. J Clin Oncol 2005;23:311-323.
12. Herrera N, Franco R, Herrera L, Partidas A, Ramon R, Fagerström KO. Nicotine gum 2 and 4mg, for nicotine dependence. chest 1995;108:447-451.
13. Rosal MC, Ockene JK, Hurley TG, Kalan K, Hebert J. Effectiveness of nicotine-containing gum in the physician-delivered smoking intervention study. Prev Med 1998;27:262-267.
14. Sansores RH, Córdoba-Ponce MP, Espinosa-Martínez M, Herrera-Klengelher L, Ramírez-Venegas A, Martínez-Rossler LA *et al.* Evaluación del Programa Cognitivo-

Conductual para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 1998; 11:29-35.

15. Stead L, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation: Cochrane systematic review. Int J Epidemiology 2005;34:1001-1002.
16. Miller N, Frieden T, Liu SY, Matte TD, Mostashari F, Deitcher DR, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. Lancet 2005;365:1849-1854.
17. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR *et al.* A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340:685-691.
18. Roddy E. ABC of smoking cessation. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. B. Med J 2004;328:509-511.
19. Blázquez-Martín D. Apuntes acerca de la educación jurídica clínica. Universitas 2005;3:43-60.
20. Metesanz RC, Caro CM. Prevención y educación sanitaria en el tabaquismo. Monografías neumomadrid 2004; 5: 71-84

21. Lifshitz A. Educación médica, enseñanza y aprendizaje de la clínica. 1ª ed. México. Editorial Auroch 2000:62-95.
22. Sansores RH, Villalba-Caloca J, Herrera-kiengelher L, Soriano-Rodríguez A, Ramírez-Venegas A. Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health. *Salud Publica Mex* 1999;41:381-388.
23. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER. US Public Health Service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care* 2000;45-1200-1262.
24. Lara-Rivas AG, Espinosa-Martínez AM, Sansores RH, Morales-Reynoso N, Ramírez-Venegas A. Conocimientos de un grupo de médicos mexicanos sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2002;15:143-148
25. Marcy TW, Skelly J, Shiffman RN, Flynn BS. Facilitating adherence to the tobacco use treatment guideline with computer-mediated decision support systems: physician and clinic office manager perspectives. *Prev Med* 2005;41:479-487.
26. McMenamin SB, Halpin HA, Ibrahim JK, Orleáns T. Physician and enrollee knowledge of Medicaid coverage for tobacco dependence treatments. *Am J Prev Med* 2004;26:99-104.

27. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. 52ª. Asamblea Médica General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.
28. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación 1983.
29. Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa, Valdez-Santiago R, Bonilla-Fernández P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. Salud Publica Mex 2004;46:326-332.



Folio _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente estás siendo invitado a formar parte de un estudio de investigación donde debes decidir si deseas participar en él.

Título del estudio: **Impacto de una estrategia participativa educativa en el conocimiento de los médicos familiares con respecto al tabaquismo y su tratamiento en la Unidad de Medicina Familiar no. 9 en Acapulco, Gro.**

Registrado ante el comité local de investigación con el número: 1101 y No. De Registro R-2006-1101-4

El objetivo de este estudio: **estimar el impacto de una estrategia educativa participativa en el conocimiento de los Médicos Familiares en el tratamiento para dejar de fumar en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 en Acapulco Gro.**

Tu participación consistirá en: contestar un cuestionario para valorar dicho objetivo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios de mi participación en este estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.

Acepto

Investigador

Nombre y firma

Dr. Silvano Terán Godoy
Matrícula 10133836