

**LABORATORIO DE EDUCACION SANITARIA :
GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN ABANDONO
DE LA CONDUCTA TABAQUICA**

(ESTUDIO PILOTO)

PROMOVIDO POR :

**LABORATORIO DE FUNCION PULMONAR DEL
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU**

Y

**GRUP D'ANALSI BARCELONA
SOC. CATALANA COOP.**

PREPARADO POR:

DR. JOAQUIN SANCHIS ALDAS

Neumólogo.

DR. JOAN CAMPOS AVILLAR

Educador Médico.

Psicoanalista y Grupoanalista.

PERE MIR RODES

Psicólogo Clínico, Grupoanalista.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
DOS NIVELES DE ENFOQUE AL PROBLEMA DE LA ADICCION TABAQUICA.....	3
FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO PILOTO.....	7
JUSTIFICACION DE LA ELECCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA PARA MEDICOS Y P.S.....	10
FASES DEL ESTUDIO PILOTO.....	13
PRESUPUESTO DEL ESTUDIO PILOTO.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	20

INTRODUCCION

I. INTRODUCCION

El problema del "tabaquismo" * que se define como "la intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco" (1), es uno de los problemas más graves con los que se enfrenta la sociedad actual.

Con anterioridad al descubrimiento de América el tabaco era desconocido en Europa. Su introducción en el Viejo Continente se produce durante el siglo XVI y se requieren aproximadamente cuatro siglos para que la conducta de fumar se convierta en una norma social aceptada y practicada por millones de seres humanos. No obstante, hay que tener en cuenta que hasta el siglo XIX la conducta de fumar seguía siendo "muy minoritaria e incluso elitista" (2).

Es a partir de 1840 cuando las industrias de la fabricación de cigarrillos sufren un rápido auge.

Actualmente el tabaquismo está considerado como "el principal factor conductual causante de enfermedades crónicas en los países desarrollados" (3). En Cataluña " el consumo de cigarrillos es, sin duda, la principal causa evitable de pérdida de la salud y de muerte "prematura" (2) mediante medidas de prevención y de promoción de la salud.

La American Psychiatric Association (APA) reconoce oficialmente el tabaco como droga en 1880 y el Manual de Diagnóstico de los Transtornos mentales (DSM_III) lo hace en 1984.

Parece que no hay estudios acerca del porcentaje de fumadores existente a finales del siglo XIX entre otras razones porque probablemente el consumo de tabaco no constituía, por aquel entonces, un problema social o sanitario; pero lo que sí es indudable es el inusitado incremento de fumadores en las cuatro últimas décadas.

En España los estudios de campo sobre el consumo de tabaco son más bien escasos, en estos cabe destacar el realizado por tabacalera en 1979 (4) según el cual el 45 % de los españoles mayores de 16 años son fumadores, lo que equivale a unos 12 millones de personas, y el estudio efectuado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (5) de cuyos resultados se desprende que en nuestro país el 53,99 % de hombres y el 16,27 % de mujeres son fumadores habituales.

En Cataluña una encuesta realizada en 1982 por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña (6) indica que un 37,6 % de la población general entre los 16 y 65 años fuma. Sin poner en duda lo alarmante de estas cifras el panorama se ensombrece más si cabe al considerar que los colectivos denominados "ejemplares" como son el de los médicos y el de los maestros por su especial relevancia y responsabilidad sociales el porcentaje de fumadores es de un 52,8 % y de un 45,7 % (7) respectivamente.

A tenor de estos resultados si se tiene en cuenta el "rol ejemplar" que los médicos y los maestros deberían de realizar en la sociedad en relación con la lucha antitabáquica "es difícil ser optimistas en lo que concierne a la eficacia de la educación sanitaria antitabáquica en Cataluña, si antes no se modifican los hábitos de estos colectivos" (8) (el subrayado es nuestro).

DOS NIVELES DE ENFOQUE AL PROBLEMA
DE LA ADICCION TABAQUICA

II. DOS NIVELES DE ENFOQUE AL PROBLEMA DE LA ADICCIÓN TABÁQUICA

El problema de la adicción tabáquica puede ser contemplado de manera restringida como causa de adicción psicoorgánica de organismo individuales, o bien de una manera más global como un "malestar de la cultura", una "enfermedad de civilización", señal de trastornos de comportamiento sanitario individual y colectivo que se traducen al mismo tiempo en factor de riesgo para la salud del individuo y de la comunidad.

Desde la primera perspectiva la lucha contra la adicción tabáquica se reduce a una lucha contra el hábito de fumar y la prevención a procurar:

- a) Que los que no hayan fumado nunca no empiezen a fumar.
- b) Que dejen de fumar el mayor número de fumadores posible.
- c) Que los que lo hayan conseguido se mantengan abstinentes.
- d) Que los que no puedan dejar de fumar lo hagan de la manera menos perjudicial tanto para sí mismos como para los demás.

De lo que se trata, básicamente, es de crear un medio ambiente social negativo hacia el hábito de fumar hasta convertirlo en socialmente inaceptable y de convencer a la gente que se comporten de manera diferente respecto al hábito. Todo ello se puede lograr mediante medidas educativas y legislativas adecuadamente complementadas.

Esta fue, en síntesis, la política adoptada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social con su "Pla de Lluita contra el Tabaquisme" del año 1983 cuyos objetivos eran "reducir el número de enfermedades, incapacidad y defunciones prematuras que resultan del hábito de fumar" (9).

Es todavía prematuro para evaluar los resultados de la campaña tanto en lo que se refiere a los objetivos como en términos de cambios de actitud y de comportamiento general de la población respecto a los hábitos de fumar.

No obstante es posible adelantar que los resultados de la campaña en Cataluña han sido muy alentadores. El Gobierno de la Generalitat y el Parlament han demostrado una voluntad política real de afrontar el problema y de asumirlo con todas sus consecuencias.

Se podría afirmar que las acciones de información y de educación sanitaria desplegadas por el Departamento de Sanidad son las más importantes de todo el Estado y que la legislación aprobada por el Parlament de Cataluña es la más avanzada del Estado Español.

Vale la pena destacar que los efectos de la campaña se podrían resumir a 3 niveles:

- 1) El Legislativo: Como resultado de la campaña el tabaco y el alcohol pasaron a incluirse como sustancias adictivas.
- 2) La Adopción del "rol ejemplar" positivo: El "Pla de Lluita contra el Tabaquisme" iba especialmente dirigido a los médicos para que incorporasen la educación sanitaria antitabáquica a su práctica diaria profesional debido a la importante función de "modelo social" que representan.
- 3) La Creación de Clínicas antitabáquicas: El fenómeno de sensibilización y concienciación que ha producido la campaña ha dado como resultado un rápido crecimiento de las clínicas antitabáquicas y de infinidad de centros dedicados a que el fumador abandone el hábito mediante las mas variadas técnicas y métodos.

Si se contempla el problema de la adicción tabáquica desde la segunda perspectiva ello implica un replanteamiento y reordenamiento de prioridades en las estrategias de promoción de la salud y de prevención de enfermedades en función de un concepto diferente más abarcativo del "ser o estar sano y hacer salud".

Implica, además, pensar de nuevo el papel y función de los diferentes estamentos y roles profesionales dentro del sistema global de salud. En último término se trata de cambiar la cultura sanitaria globalmente: el sistema total de creencias o prejuicios, de valores, de pautas normativas y de actitudes respecto a comportamientos de salud que son los que conforman el comportamiento final de los individuos, de los grupos y de los profesionales o usuarios de los servicios de salud.

Obviamente el cambio de una cultura sanitaria no es tan sólo un problema científico y metodológico sino que al mismo tiempo también es una cuestión ideológica, de ideologías científicas y sanitarias como mínimo. Nuestra ideología de salud y el concepto de sistema sanitario que se deriva de su aplicación a la asistencia quedaron concretados en Perpinyà en aquella sencilla definición de salud conocida hoy en todo el mundo como la definición catalana de salud "que sostiene que : " la salud del hombre es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa " (10) entendiéndose por "gozosa" la capacidad de hacer frente de manera creativa a las limitaciones internas y externas del propio sujeto, del propio grupo y de la propia comunidad.

El pleno desarrollo de la ideología de salud iniciada en Perpinyà y su aplicación a la actividad médica y al papel de los profesionales sanitarios son objetivos necesarios que todavía están por realizar. Es más, se podría decir que son necesidades que se hacen más acuciantes cuando se trata de problemas de salud radicalmente ideológicos como son el de los comportamientos individuales y colectivos relacionados con el consumo de drogas legales, de las cuales el tabaco es el prototipo. Sin embargo, a pesar del hecho que la adicción tabáquica como paradigma de adicción a droga institucionalizada pueda servir de modelo para entender la dinámica de las adicciones ilegales, no creemos que, a la inversa, la adicción tabáquica tenga que ser tratada como las adicciones a drogas no institucionalizadas, ni que sea necesario medicalizar el problema mediante la promoción de costosas clínicas antitabáquicas de dudosa eficacia ni que sea conveniente hacer de la cesación tabáquica una especialidad médica o psicológica.

No hay duda que se está dando un cambio de actitudes respecto al fumar, que se nota sobretudo en las clases económica y culturalmente privilegiadas y que a pesar de las resistencias de ciertos sectores de la población como son la juventud, las mujeres embarazadas y el mismo sector sanitario, el número de fumadores disonantes ¹ y grado de disonancia de estos se ha venido incrementando al mismo tiempo que la demanda de medios u "técnicas milagrosas" para dejar de fumar ha venido creciendo día a día.

Ahora más que nunca la capacidad del médico para ayudar al que quiere dejar de fumar o de motivar al paciente que no lo está se ha convertido en una necesidad social.

Ayudar y/o motivar al fumador cuando se es víctima de la adicción tabáquica o se es fumador disonante, caso de la mayoría de médicos y sanitarios hoy en día, no es fácil en absoluto. Más difícil todavía es tratar de incorporar la educación sanitaria a la actividad diaria profesional cuando no se ha recibido ninguna formación al respecto : ni en la facultad como estudiante ni en los hospitales como residente. Así pues, el conocimiento de la problemática del fumador que quiere dejar de fumar y la experiencia que se tiene para ayudarlo son insuficientes, inadecuadas y llenas de prejuicios.

En este contexto no es de extrañar que la campaña llevada a cabo el año 1983 no haya tenido la eficacia esperada como se desprende de la encuesta del año 1986 (11) en la cual se señala que mientras persistan los elevados índices de "tabaquismo" en la población médica, ésta no podrá asumir en toda su dimensión el decisivo papel que le corresponde en una lucha antitabáquica eficaz.

Esta situación poco esperanzadora nos lleva a considerar que es necesaria una pedagogía sanitaria² que tiene que ser concebida como una pedagogía de salud integral e integrada en todas sus dimensiones: hábitos alimenticios, consumo de bebidas alcohólicas, ejercicio, conductas de trabajo, vida sexual y afectiva, tiempo libre, etc. para hacer frente al problema de la adicción tabáquica.

Es desde esta segunda perspectiva y el tener en cuenta que los médicos y los profesionales de salud son uno de los objetivos privilegiados en la lucha contra el consumo de tabaco por tres razones:

- 1) Como colectivo ejemplar.
- 2) Como modelo "objeto de identificación" para la población.
- 3) Como pedagogos sanitarios.

Lo que nos ha llevado a diseñar un Estudio Piloto cuyos objetivos y funcionamiento del mismo se describen en los siguientes apartados de esta memoria.

1. Por fumador disonante se entiende aquel individuo que queriendo dejar de fumar habitualmente no lo logra por miedo al fracaso o por creer que no posee suficiente voluntad.

2. Por pedagogía sanitaria entendemos la educación del enfermo en un problema específico de salud que surge como parte del acto médico tal y como quedó descrito en el X Congreso de Médicos y Biólogos en Lengua Catalana.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO PILOTO

III. FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO PILOTO

Las ideas que fundamentan nuestro proyecto de investigación operativa de tipo experimental son :

- a) La ideología de salud elaborada en Perpinyà por la Segunda Ponencia del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana el año 1976.
- b) Las recomendaciones de la O.M.S. a los gobiernos en relación al problema de la adicción tabáquica.

Se tuvieron en cuenta 4 consideraciones básicas:

- 1) Que los médicos y los profesionales de la salud son un colectivo fundamental en la lucha antitabáquica por su responsabilidad social como educador sanitario y como modelo de identificación en comportamientos de salud.
- 2) Que los médicos y los profesionales de la salud no cuentan ni con técnicas eficaces ni con la preparación necesaria para ayudarse a sí mismos o ayudar a otras personas a dejar de fumar.
- 3) Que los médicos y los profesionales de la salud para llegar a ser buenos pedagogos sanitarios han de aprender cuáles son las dificultades que el fumador encuentra para poder abandonar la adicción tabáquica.
- 4) Que es de gran importancia las actitudes y comportamientos del conjunto profesional (médicos, profesionales de la salud, etc .) y la cultura institucional del centro sanitario donde trabajan.

Como resultados de muchos meses de trabajo se ha diseñado un Estudio Piloto patrocinado por el Laboratorio de Función Pulmonar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Grup d'Anàlisi Barcelona, Cooperativa de trabajo que va especialmente dirigido al perfeccionamiento de la capacidad profesional como educador sanitario de su personal y al cambio de actitudes dentro de la institución y que se incluye dentro de un programa mucho más general denominado Laboratori d'Educació Sanitària : Grup d'entrenament en Cessació tabàquica.

El propósito y la filosofía del Estudio Piloto comprenden 2 niveles fundamentales:

- 1) Nivel de Aprendizaje: Incluir la educación sanitaria del médico y de los profesionales de la salud en todo lo que haga referencia a los problemas de la adicción tabáquica para formar agentes de salud equipados y preparados científica, técnica y metodológicamente para ayudar al fumador.
- 2) Nivel experimental: Intentar personalmente dejar de fumar y la solidaridad con otros profesionales o no - para lograrlo.

El conseguir estos dos niveles ha de llevar a un cambio de actitudes integral en el individuo frente al consumo de tabaco y es en este momento cuando los médicos y profesionales de la salud estarán en una mejor disposición de asumir en toda su dimensión los roles que les corresponden como miembros de uno de los colectivos denominados ejemplares.

El hecho que el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es una institución de salud pública, un hospital docente y sede de una de las secciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona hace que un programa de este tipo tenga mayor importancia, difusión y trascendencia sanitaria.

Los objetivos del Estudio Piloto son:

- a) Perfeccionar el método.
- b) Promover la participación de especialistas de otros campos (neumólogos, cardiólogos, farmacólogos, etc), para profundizar de manera científica y rigurosa en el estudio de la cesación tabáquica.
- c) Estudiar los efectos sanitarios de la implantación de este método en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Estudio socio-sanitario).

La finalidad de este estudio es la de obtener unos instrumentos de trabajo (metodológicos, científicos y técnicos) que permitan en una etapa posterior cambiar las actitudes de los médicos y profesionales de la salud frente al problema de la adicción tabáquica para, finalmente, influir de una manera directa en las actitudes de la población general.

La originalidad del Estudio Piloto radica en la secuencia y el valor que se da a los diferentes objetivos del mismo. Es necesario aclarar que el abandono de la conducta tabáquica que se pide de los profesionales de la salud en entrenamiento si bien se considera deseable no es ni el objetivo final ni tampoco el único de la experiencia grupal de enseñanza / aprendizaje.

El Laboratori d'Educació Sanitària, como un todo, ha estado concebido como un proyecto (1) de investigación operativa, (2) de estudio clínico y (3) de educación continuada en comportamientos de salud en donde si se ha escogido el hábito de fumar es porque se trata del comportamiento más generalizado, y relevante entre la población médica y la de los profesionales de la salud.

Otras dos características importantes del programa son:

- 1) El "efecto multiplicador": Cada médico y/o profesional sanitario (alumno) que participa en el Estudio Piloto tiene a su cargo seis personas a las cuales ayuda con el fin de lograr que dejen de fumar.
- 2) El "efecto mancha de aceite": Consiste en la contaminación sanitaria positiva en los ambientes familiar, social y de trabajo de los alumnos participantes en el programa.

La eficacia del programa en términos de abandono de la conducta tabáquica pretendemos medirla en las personas tratadas por el alumno y no exclusivamente en el hecho concreto de si el alumno deja o no de fumar.

Para nosotros el problema del consumo de tabaco, todo y siendo un problema muy grave, es sólo un medio para hacer más fácil la inclusión de la educación médica entre los profesionales de la salud y en las instituciones docentes con la finalidad de que integren la educación sanitaria a la práctica clínica y asistencial.

Nuestra esperanza es que las actitudes y habilidades adquiridas por los participantes en el mencionado estudio sean generalizables y transferibles a otros comportamientos de salud y que el médico se acostumbre a utilizar su propia persona y la conducción de la entrevista clínica como instrumento promotor de la salud.

JUSTIFICACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION
SANITARIA PARA MEDICOS Y P.S.

IV. JUSTIFICACION DE LA ELECCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA PARA MEDICOS Y PERSONAL SANITARIO

Hace un año los dos primeros firmantes del programa de investigación operativa que se describe a lo largo de esta memoria (Dr. Joaquín Sanchis y Dr. Joan Campos) preocupados por la gravedad del problema sanitario del consumo de tabaco en Cataluña y por las dificultades con las que se encuentra el personal sanitario para lograr eficazmente las actitudes, roles y funciones exigidas por la lucha antitabáquica iniciaron un grupo de estudio al cual meses después se incorporó el psicólogo Pere Mir.

Una vez revisada la literatura y estudiado el "Pla de Lluita contra el Tabaquisme" el grupo de estudio decidió concentrar sus esfuerzos en la investigación de aquellos procedimientos de abandono de la conducta tabáquica basados en "terapia grupal, chicle de nicotina y refuerzo del comportamiento" que actualmente se dan en las clínicas tabáquicas. Con esta finalidad el psicólogo Pere Mir intervino en dos programas de abandono de la conducta tabáquica en diferentes hospitales de Barcelona.

Según se deduce de la bibliografía consultada al respecto parece que las técnicas de modificación de conducta y el chicle de nicotina son los métodos más ampliamente utilizados y que arrojan porcentajes de éxitos, al cabo de un año, de un 47 % (12) según algunos investigadores, de un 31 % (13) según otros o entre un 15 % y un 20 % (14) de acuerdo con otras fuentes consultadas.

Quizás una causa a esta discrepancia de porcentajes resida en la metodología utilizada, como señala un colectivo de médicos de Pensilvania: "cualquier discusión acerca de los métodos para dejar de fumar debería incluir una advertencia acerca de la debilidad metodológica de los estudios en esta área como son la falta de grupo control, manipulación simultánea de más de una variable independiente y falta de control sobre las variables dependientes..." (15). Probablemente como los mismos autores reconocen algunas de estas deficiencias se han ido subsanando en ensayos posteriores.

Pero, nuevamente, nos encontramos con una disyuntiva al enfocar el problema de la adicción tabáquica o bien como (1) adicción psicoorgánica individual y por lo tanto el individuo fumador se convierte en sujeto tributario de recibir alguno de los métodos y técnicas actuales para dejar de fumar (desde las terapias de modificación de conducta hasta el Plan de 5 días pasando por la acupuntura, auriculopuntura, la hipnosis, los tranquilizantes, etc.); es decir, se medicaliza el problema o bien se contempla el problema de la adicción tabáquica de una manera mucho más amplia, lo que nosotros hemos denominado como enfermedad del tejido social y que conlleva cambiar la cultura sanitaria globalmente.

1 : Si se adopta el primer enfoque la lucha contra el consumo de tabaco se concreta en la aplicación del modelo de clínica antitabáquica a algunos centros hospitalarios públicos o privados. El esfuerzo de estos centros ha sido considerable ya que, por un lado se han convertido en instituciones pioneras en la lucha antitabáquica y por otro, con sus campañas de información han contribuido a sensibilizar a la población.

Ahora bien, un estudio más detallado de las clínicas antitabáquicas o sus equivalentes demuestra que su efectividad y alcance en términos de la población general es más bien escasa. En Inglaterra se revisó el funcionamiento de 55 clínicas antitabáquicas (16) y se encontró que sólo 19 de ellas (36 %) poseían datos con los que poder trabajar de manera fiable. Ninguna había conservado registros de los seguimientos.

Por las 19 clínicas habían pasado un total de 2.390 fumadores de los cuales 560 se mantenían como ex-fumadores después de un año. Suponiendo que el resto de las clínicas hubiesen mantenido el mismo nivel de éxitos, ello supondría que 1.600 personas habían dejado de fumar anualmente después de asistir a estos centros. Paralelamente a este estudio se realizó una encuesta entre 1.711 fumadores resultando que un 42 % quería dejar de fumar. Si se extrapola esta cifra a la población de fumadores adultos existente en Inglaterra (19,8 millones) se deduce que existirían 8,3 millones de ex-fumadores en potencia (17).

Con este estudio lo que en definitiva se pretende indicar es que las clínicas antitabáquicas benefician solamente al 0,2 % o 1 % de cada 5.000 fumadores que deseen dejar de fumar. Como señala Chapauan "un 5 % de éxitos entre 1.000 individuos es 333 veces más efectivo que un 30 % de éxitos logrado por un trabajo grupal que sólo incluía a 50 individuos" (18).

Sin embargo, a pesar de que los resultados apuntan hacia otras direcciones en la manera de enfocar el problema de la adicción tabáquica la mayoría de métodos y programas para dejar de fumar siguen el modelo de la clínica antitabáquica.

2 : Si se adopta el segundo enfoque en el cual se fundamenta nuestro programa trae como consecuencia el tratar de cambiar la cultura sanitaria y, para ello, en primer lugar, se han de cambiar las actitudes de los médicos y del personal sanitario. Se ha de enseñar educación sanitaria.

Parece que el papel del médico y del personal sanitario en general ha ido ganando en importancia en la medida que se descubría su inestimable contribución en la lucha contra el consumo de tabaco, paradójicamente a lo que cabría suponer no se han incrementado o simplemente no se han potenciado en demasía toda una serie de medidas (programas de educación sanitaria en los hospitales, concienciación y sensibilización del personal sanitario ante el problema de la adicción tabáquica, etc.) tendentes a mejorar el tipo de ayudas que los pacientes adictos al tabaco puedan recibir en los Servicios de Asistencia Sanitaria (hospitales, centros de asistencia primaria, etc.).

El estudio de Russell y colaboradores sugiere que cualquier médico de medicina general que acepte la rutina de dar un consejo a su paciente en el sentido que deje de fumar "puede esperar que 25 individuos abandonen la conducta de fumar anualmente. En el supuesto que todos los médicos de medicina general de Inglaterra participaran en el experimento el incremento sería de más de medio millón de exfumadores cada año. Este efecto no se lograría aunque se aumentasen en 10.000 las clínicas antitabáquicas." (19).

Una de las conclusiones más importantes que se pueden extraer del estudio de Russell es que los médicos pueden contribuir de una manera decisiva a que sus pacientes dejen de fumar mediante un apoyo y una asistencia a sus esfuerzos. "Después de que el médico da el consejo se produce un cambio en la motivación y en la intención para dejar de fumar" (20).

Si al consejo se le añade un folleto divulgativo de cómo abandonar el hábito del tabaco y se le advierte al paciente que se le hará un seguimiento, los resultados se potencian. En el apartado anterior se han mencionado la gran variedad de programas y métodos que se le ofrecen al fumador destinado a que abandone su adicción al tabaco, sin embargo parece que los más exitosos son aquellos que se sustentan en el propio individuo concienciado y motivado para dejar de fumar a causa de un reconocimiento de los peligros que entraña el ser fumador y los beneficios derivados del abandono del tabaco. "Esta concienciación puede ser mantenida por un entorno familiar adecuado, por presión social o por el ejemplo y el consejo educativo de los médicos y profesionales de la salud" (21) (el subrayado es nuestro)

FASES DEL ESTUDIO PILOTO

V. FASES DEL ESTUDIO PILOTO

Nuestro Estudio Piloto va dirigido a médicos y profesionales de la salud del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y está compuesto de 5 fases.

Fase de Selección, Fase de Cesación, Fase de Enseñanza / Aprendizaje, Fase de Supervisión y Fase de Seguimiento.

1. Fase de Selección: Consiste en una entrevista personal a los posibles candidatos al Estudio Piloto. Duración aproximada de la entrevista: 40 minutos.

A los candidatos una vez aceptados en el estudio se les entrena como Educadores Sanitarios.

1.1 Contenido de la entrevista:

a) Administración de la Historia Clínica para fumadores.

- Hábitos tóxicos.
- Cuestionario de tolerancia.
- Variables predictoras del éxito.
- Exploración somática.
- Control de la variable peso . (Se controlará a lo largo de todas las fases que componen este Estudio Piloto.)

b) Administración de un cuestionario de personalidad para discriminar psicopatología.

c) Valoración de la motivación y expectativas del candidato.

d) Compromiso por parte del candidato de asistir a todas las sesiones del Estudio Piloto.

1.2 Criterio de exclusión: Serán excluidos del estudio todos aquellos candidatos que:

- a) Presenten una determinada psicopatología y/o trastorno de la personalidad.
- b) No posean una motivación suficiente para cumplir el compromiso de trabajo.

2. Fase de Cesación: Consiste en 4 sesiones (1ª-4ª) mensuales de trabajo grupal distribuido con una frecuencia de una vez por semana y con una duración de hora y media cada sesión.

En esta fase los participantes adquieren una visión cognitiva y experiencial de la conducta tabáquica.

2.1. Visión cognitiva: Se da una información global del problema de la adicción tabáquica y de los métodos de cesación (revistas, artículos, folletos, libros, etc.)

2.2. Visión experiencial: Desde la primera sesión los participantes dejan de fumar como condición para seguir en el Estudio Piloto. Con ello experimentan : a) lo difícil que es dejar de fumar y b) si es posible o no ser educador sanitario sin haber abandonado o habiendo abandonado la conducta tabáquica.

Número total de horas: 6

Duración de la Fase de abandono de la conducta tabáquica: 1 mes.

3. Fase de Enseñanza / Aprendizaje: Consiste en 4 sesiones (5^a- 9^a) mensuales de trabajo grupal distribuidas con una frecuencia de una vez por semana y con una duración de hora y media cada sesión.

En esta fase los participantes escogen entre dos opciones: A y B.

3.1. Opción A: Los participantes tienen a su cargo, de manera individual, un número de sujetos no inferior a 6-7.

Opción B: Los participantes tienen a su cargo un grupo compuesto por 6-7 sujetos.

3.2. Se entrena a los participantes a llevar la dirección de un estudio experimental (Opciones A/B) para el abandono de la conducta tabáquica.

3.3 Creación de una línea de base para los sujetos a cargo de los participantes que consistirá en una entrevista personal la cual seguirá las mismas pautas y criterios que la Fase de Selección descrita en el apartado V.1 de esta memoria.

La creación de esta línea de base será llevada a cabo por uno de los responsables del Estudio Piloto.

Número total de horas: 6

Duración de la Fase de Enseñanza / Aprendizaje : 1 mes.

4. Fase de Supervisión: Consiste en 4 sesiones (9^a- 12^a) mensuales de trabajo grupal distribuidas con una frecuencia de una vez por semana y con una duración de hora y media cada sesión.

4.1. Se supervisa el trabajo de los participantes en relación a la Opción elegida (A/B)

4.2. Espacio de discusión entre los participantes (cuestiones técnicas, metodológicas, etc.)

4.3. Presentación de conclusiones a cargo de los participantes.

Número total de horas : 6

Duración de la Fase de Supervisión : 1 mes.

5. Fase de Seguimiento : Tiene una duración de 2 años.

5.1. Fase de Seguimiento para las Opciones A y B : A los 3, 12 y 24 meses después de la finalización de la 4^a Fase.

Consistirá en determinar el nivel de nicotina en plasma de los individuos incluidos en las Opciones A y B.

Las sesiones de la Fase de Cesación, de la Fase de Enseñanza / Aprendizaje y de la Fase de Supervisión estarán conducidas por un conductor de grupos y habrá un observador.

Todas las sesiones serán grabadas y posteriormente transcritas.

El marco de referencia a partir del cual se operativiza el Estudio Piloto es el grupo y su conductor el cual favorece y vehicula la parte experiencial del programa facilitando y contribuyendo a que se establezca una dinámica grupal donde la libre discusión y las correspondientes interacciones entre los miembros del grupo creen la atmósfera apropiada para un mutuo enriquecimiento personal, humano y técnico acorde con los objetivos del programa.

Creemos que como trabajadores en el campo de la salud, nuestro deber es luchar por la promoción y defensa de una mejor calidad de vida.

Somos conscientes que nuestra labor es difícil, pero ello no nos aparta en absoluto de los objetivos que pretendemos alcanzar con el inicio de este programa que, en síntesis, busca lograr una mejora individual y colectiva en el campo de la salud.

PRESUPUESTO DEL ESTUDIO PILOTO

VI. PRESUPUESTO ESTUDIO PILOTO

Iniciar un estudio de estas dimensiones comporta una considerable cantidad de horas de dedicación absoluta donde una vez más los factores económicos tienen un determinado peso específico.

A continuación presentamos un cálculo aproximado de las horas y los precios correspondientes de los profesionales que han elaborado y llevarán a término este Estudio Piloto.

Estudio Soci-sanitario: Administración de encuestas a una muestra tomada aleatoriamente de médicos y profesionales de la salud del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Tamaño de la muestra: 500 individuos.

-Administrar encuestas al inicio y a la finalización del Estudio Piloto.....	150 000 ptas.
- Introducir datos 1ª encuesta en ordenador.....	250 000 ptas.
- Introducir datos 2ª Encuesta en ordenador.....	250 000 ptas.
- Tratamiento de los datos 1ª Encuesta.....	250 000 ptas.
- Tratamiento de los datos 2ª Encuesta.....	250 000 ptas.
- Redactar conclusiones	500 000 ptas.
Total:	1 650 000 ptas.

Es muy conveniente realizar este estudio previo para poder valorar con mayor rigurosidad y exactitud los resultados finales del Estudio Piloto.

1ª Fase de Selección

- 1.1 Realizar 12 entrevistas de 45 minutos cada una son 9 horas a 6 000 ptas cada entrevista son..... 72.000 ptas

2ª Fase de Cesación

- 2.1 Cuatro sesiones de una hora y media cada sesión son 6 horas a 15 000 ptas son..... 60.000 ptas (conductor del grupo)
- 2.2 Cuatro sesiones de una hora y media cada sesión son 6 horas a 7 500 ptas son..... 30.000 ptas (observador)

3ª Fase de Enseñanza/Aprendizaje

- 3.1 Cuatro sesiones de una hora y media cada sesión son 6 horas a 15 000 ptas son..... 60.000 ptas (conductor del grupo)
- 3.2 Cuatro sesiones de una hora y media cada sesión son 6 horas a 7 500 ptas son..... 30.000 ptas (observador)
- 3.3 Creación de una línea de base: Realizar 72 entrevistas a razón de 45 minutos cada una comporta un total de 54 horas a 6 000 ptas la entrevista son..... 432.000 ptas

4º Fase de Supervisión

- 4.1 Cuatro sesiones de una hora y media cada sesión son 6 horas a 15 000 ptas
son..... 60 000 ptas (conductor del grupo)
- 4.2 Cuatro sesiones de una hora y media cad sesión son 6 horas a 7 500 ptas
son.....30 000 ptas (observador)

5º Fase de seguimiento

Determinación del nivel de nicotina en plasma a 72 individuos sonptas a razón
deptas para cada individuo.

- 6º Transcripción de las 12 sesiones de grupo son 60 horas a 900 ptas la hora
son.....54 000 ptas
- 7º Reuniones de trabajo del conductor de grupo y del observador son 18 horas a 5 000 ptas
(conductor + observador) son..... 90 000 ptas
- 8º Reuniones de trabajo quincenales de todos los responsables del Estudio Piloto son 18
horas a 6 000 ptas son108 000 ptas
- 9º Compra de cintas magnetofónicas y material diverso para la transcripción
son.....20 000 ptas
- 10º Tratamiento estadístico de los datos para la obtención de las conclusiones finales y
redactado de las mismas son.....250 000 ptas

BIBLIOGRAFIA

VII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Real Academia Española; Diccionario de la Lengua Española. Espasa- Calpe, S.A. Madrid, 1970.
- 2.- Salleras Sanmartí, L. y otros; El Tabaquismo una epidemia moderna. Jano 594, 1983.
- 3.- Manual de Prevención y control del tabaquismo. Colección Quaderns de Salut. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona 1983.
- 4.- Ibid. 3
- 5.- Tabacalera, S.A.; Estudio sobre el consumo de tabaco en España. Actualidad Tabaquera 1979; 180, Febrero.
- 6.- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Encuesta nacional sobre el consumo de tabaco. Boletín Epidemiológico Semanal nº 1502, semana 37.
- 7.- Ibid. 2, pág. 38
- 8.- Ibid. 2, pág. 37.
- 9.- Ibid. 2, pág. 38.
- 10.- Ibid. 3, pág. 155.
- 11.- Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. II Ponencia. Funció Social de la Medicina. Llibre de Ponències. A.C.M.C. BARCELONA, 1978.
- 12.- Salleras Sanmartí y otros; Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña (España). (Fotocopia).
- 13.- Salvador Llivina, T; y otros; Tratamiento del Tabaquismo. Servicio de Neumología Hospital Clínic y Provincial de Barcelona, Barcelona, 1985.
- 14.- Nicotine chewing Gum and the Medicalization of Smoking; Annals of Internal Medicine, Volume 101, nº 1, 1984.
- 15.- Raw, Martin; The treatment of cigarette dependence : Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol. 4 , Plenum Press, New York and London.
- 16.- Health and Public Policy Committee; Methods for stopping cigarette Smoking; Annals of Internal Medicine, Vol. 105, N°2, 1986.
- 17.- Chapman, Simon; Stop-smoking clinics: a case for their abandonment, The Lancet, Abril 1985.
- 18.- Ibid. 16, pág. 919.
- 19.- Ibid. 16, pág. 918.
- 20.- Russell, M.A.H.; Effect of general practitioners' advice against smoking, British Medical Journal, 1979.
- 21.- Ibid. 19, pág. 231.
- 22.- Ibid. 15, pág. 289.