

MANUAL DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

Tratamiento de la Adicción al Tabaco

Programa Nacional de Control del Tabaco

2008

Catalogación:

1) Tratamiento del Tabaquismo; 2) Control del tabaco; 3) Capacitación del equipo de salud; 4) Adicciones;
5) Atención Primaria de la Salud

Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Manual de Capacitación del Equipo de Salud. 1a ed.
44 p. ; 29x21 cm.

ISBN: 978-950-38-0088-1

© Ministerio de Salud de la Nación, 2007

Editado en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina
www.msal.gov.ar/tabaco

En la elaboración del presente manual intervinieron las siguientes personas: Brunilda Casetta, Corina Samaniego; Verónica Schoj; Graciela Daga; Alejandro J. Videla; Ana Tambussi; Mariana Rolla; Paola Morello; Fernando Belvedere (Diseño Gráfico) y la coordinación general de Mario Virgolini.

Índice

Introducción

PAG. 5

MÓDULO 1

EPIDEMIOLOGÍA DEL TABACO EN ARGENTINA Y EN EL MUNDO

PAG. 15

MÓDULO 2

TABAQUISMO PASIVO Y AMBIENTES LIBRES DE HUMO (ALH)

PAG. 18

MÓDULO 3

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO Y NIVELES DE INTERVENCIÓN

PAG. 24

MÓDULO 4

EVALUACIÓN Y CIERRE DEL CURSO

PAG. 41

ANEXO

PROPUESTA PEDAGÓGICA

PAG. 43



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Autoridades

Presidente de la Nación

Cristina Fernández

Ministra de Salud

Lic. Graciela Ocaña

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Juan Carlos Nadalich

Subsecretaria de Prevención y Control de riesgos

Dr. Humberto Jure

Coordinador del Programa Nacional de Control del Tabaco

Lic. Mario Virgolini

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO

MANUAL DE CAPACITACION DEL EQUIPO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad y mortalidad evitable y prematura en el mundo. Es responsable de 5 millones de defunciones anuales -alrededor de 13.500 muertes por día- y, de no implementarse acciones enérgicas que contrarresten esta tendencia, esta cifra será de 10 millones en el año 2030¹.

La prevalencia de tabaquismo en Argentina, es una de las más elevadas de América Latina si bien se encuentra en descenso con respecto a años anteriores. Datos recientes demuestran que fuma el 33.4% de los adultos. En los adolescentes la situación es alarmante: la edad de inicio es cada vez menor; fuma alrededor de un tercio de los adolescentes de 13 a 15 años con un mayor consumo en las mujeres.

Por otra parte, la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) es muy alta. Diversas encuestas muestran que el 70% de los escolares está expuesto al humo de tabaco en su hogar². De acuerdo a un estudio realizado en el 2002 en siete países de América Latina, la ciudad de Buenos Aires tenía los niveles más altos de exposición a la nicotina en lugares públicos (oficinas de gobierno, hospitales, aeropuertos, restaurantes, etc)³.

Mientras que más de 40.000 personas mueren anualmente por causas relacionadas con el consumo de tabaco y se estima que unos 6.000 no fumadores mueren por tabaquismo pasivo. El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades provocadas por el tabaquismo, insuere el 15% del gasto anual en salud: 4.300 millones de pesos; es decir, alrededor de 12 millones por día.

El Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud de la Nación (PNCT), surgido en el año 2003, intenta dar respuesta a esta compleja situación a través de los siguientes objetivos generales:

1. Prevenir el inicio del consumo de tabaco
2. Disminuir el consumo
3. Promover la cesación del consumo de tabaco
4. Reducir la exposición al humo de tabaco ambiental

La estrategia de intervención se establece en armonía con las orientaciones del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), firmado en septiembre de 2003 por el Presidente de la Nación, y cuyo proceso de ratificación aún se encuentra en el Congreso de la Nación.

El Programa tiene una función rectora que se origina, desarrolla y sustenta dentro del marco del Ministerio de Salud de la Nación, y se fortalece a través de la creación de una red de equipos en los Ministerios de Salud de las Provincias. De este modo, en las diferentes jurisdicciones se desarrollan diversas estrategias de control del tabaco, propuestas y acordadas en el marco del Consejo Federal de Salud.

El tabaquismo en Argentina resulta paradójico: es un problema de alta prevalencia, alta mortalidad y alto costo para el sistema de salud. Y a pesar de que se cuenta con un tratamiento efectivo y costo-efectivo para dejar de fumar, el nivel de intervención del sistema sanitario, es extremadamente bajo. Una posible explicación es que el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención en este tema, se fuma en los centros de salud y la cobertura para los tratamientos de cesación varía o es parcial en las distintas coberturas o regiones.

El PNCT ofrece un enfoque integral de la problemática del tabaco, focalizado en los aspectos principales que determinan el alto consumo en Argentina. Estos incluyen:

- *Elevada accesibilidad de los productos de tabaco*
- *Amplia presencia de imágenes positivas sobre el consumo*
- *Alta exposición al humo de tabaco ambiental*
- *Baja capacidad de los servicios de salud para la cesación tabáquica*

¿Por qué uno de los ejes del PNCT es promover el abandono del consumo?

Dentro de todas las medidas destinadas al control del tabaco, la cesación es la intervención que más rápidamente reduce la mortalidad atribuible al tabaco en la población⁴. De acuerdo con un documento del Banco Mundial, a menos que los fumadores dejen de fumar, la mortalidad por tabaco crecerá dramáticamente en los próximos 50 años⁵.

Es por ello que, además de los servicios telefónicos para dejar de fumar y los incentivos para la cesación, como el Concurso Abandone y Gane, el Ministerio impulsa la Intervención Breve como práctica habitual en los Servicios de Salud, y el desarrollo de servicios de cesación Intensiva en todo el país.

En este marco, se desarrolló la Guía de Práctica Clínica de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, que tiene el propósito de brindar instrumentos, basados en la mejor evidencia disponible, para promover intervenciones eficaces para dejar de fumar.

Simultáneamente se desarrolló la Guía Nacional de Instituciones de Salud Libres de Humo de Tabaco, la cual describe la metodología para la implementación de Ambientes Libres de Humo (ALH).

Estas guías, elaboradas por un panel de expertos nacionales con una metodología de consenso, son la base sobre la cual se desarrollaron las capacitaciones presenciales y los contenidos de este Manual. Así, el desarrollo de estos materiales se integra a una estrategia más amplia de fortalecimiento de los recursos humanos del sector salud, a través de diversas acciones de capacitación.

Importancia de la capacitación en la promoción de la cesación tabáquica

La capacitación y la comunicación social son acciones estratégicas para promover el trabajo en red entre los diferentes actores de la sociedad civil y los diferentes organismos de gobierno, que permite afianzar, multiplicar y dar sustentabilidad a las acciones del Programa.

Así, desde el año 2004 se desarrolla una estrategia de capacitación, destinada a promover ambientes libres de humo de tabaco y a formar servicios de cesación tabáquica en todo el país. Además de estos cursos, se llevaron a cabo jornadas y eventos que permitieron conformar alianzas estratégicas con la sociedad civil, difundir lo realizado por el PNCT y sensibilizar a diferentes actores.

En poco más de dos años, se capacitaron a través del Programa representantes de numerosos organismos públicos, municipios y empresas, y se realizaron talleres regionales para fortalecer la conformación de equipos de control del tabaco en las diferentes provincias argentinas.

Estas acciones se articulan también con la certificación de cursos de capacitación en el Tratamiento para dejar de fumar, como un primer paso hacia la certificación de servicios de

cesación que cumplan con lo estipulado en las Guías Nacionales, otro de los ejes de la política nacional de control del tabaco.

CONCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE EN LAS QUE SE ENMARCA ESTE MANUAL

Para la elaboración de este Manual se consideraron las nuevas concepciones del proceso de enseñanza y aprendizaje en las que se acentúa la participación activa del alumno. Esto supone nuevos alumnos-usuarios de la formación, que participan de un proceso en el que el énfasis ya no está en la enseñanza sino en el aprendizaje, lo que supone no sólo una nueva relación con el saber, sino también prácticas del aprender que se adaptan a situaciones educativas en permanente cambio.

En el cuarto módulo dedicado a la evaluación, se encontrará la fundamentación de la metodología de evaluación definida para estas capacitaciones, junto con los recursos para llevarla a cabo.

La evaluación final o sumativa del curso se realizará en función de un examen o trabajo final, que tendrá por objetivo identificar si el participante adquirió los conocimientos y las herramientas necesarias para desarrollar su labor profesional en cesación tabáquica.

Estamos hablando de una capacitación dirigida a personas adultas y, por lo tanto, es importante tener en cuenta las siguientes cuestiones:

1. Relacionar la información con los objetivos de los participantes
2. Enfatizar la aplicación inmediata
3. Relacionar la información con las experiencias de los participantes
4. Promover el debate
5. Respetar las opiniones de los participantes

En el Anexo, usted podrá profundizar acerca de la propuesta pedagógica en la que se basa este Manual.

Este manual juntamente con las diapositivas que lo acompañan, se presenta como material de apoyo al desarrollo de cursos presenciales, destinados a formar referentes que puedan capacitar en cesación tabáquica a los integrantes del equipo de salud. Con esta propuesta se busca incrementar las oportunidades educativas en todo el país.

ESTRUCTURA DEL MANUAL

Este Manual, es la herramienta de soporte pedagógica del dictado del Curso de Capacitación. Dicho Curso posee objetivos generales y específicos, y su contenido está diseñado en 4 Módulos Temáticos desarrollados en el formato de diapositivas con notas (ver CD), de cuyos contenidos aquí sólo se expone una síntesis a modo de orientación.

Los módulos expresan contenidos y su distribución en el tiempo, se denominan bloques. En el curso, se trabaja combinando exposiciones dialogadas y momentos de taller.

CONTENIDO DE LOS MÓDULOS:

- **Módulo 1:** Epidemiología del Tabaquismo en Argentina y en el Mundo. Primer Bloque.
- **Módulo 2:** Tabaquismo pasivo e Implementación de Servicios de Salud Libres de Humo de Tabaco (ALH). Segundo Bloque.
- **Módulo 3:** Abordajes para la Cesación Tabáquica. Bloques 3, 4 y 5.
- **Módulo 4:** Evaluación. Bloque 6.

Estos cuatro módulos, se distribuyen en bloques de tiempo abarcando 24 horas de extensión del curso. Más adelante se explica como planificar el Curso.

ESTRUCTURA GENERAL DEL CURSO: OBJETIVOS

Objetivo General:

Capacitar equipos de salud, que puedan funcionar como agentes multiplicadores en la formación de equipos y servicios de tratamiento de la adicción al tabaco.

• Objetivos específicos:

Al finalizar el curso, el profesional de la salud que concurra será capaz de:

1. Comprender la magnitud del problema sanitario que representa el tabaquismo, tanto activo como pasivo.
2. Aplicar metodologías de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes en cesación tabáquica.
3. Manejar y aplicar las estrategias recomendadas, basadas en la evidencia, para el abordaje del fumador, en particular la Intervención Breve.
4. Conocer intervenciones posibles para la protección del fumador pasivo.

Estructura de los Módulos:

- Objetivos
- Desarrollo de Contenidos de Presentaciones en formato electrónico recopilados en el CD adjunto, con notas explicatorias en las diapositivas.
- Actividades de Análisis y Síntesis o Resolución del problema.
- Bibliografía complementaria

Evaluación final del Curso:

El módulo dedicado a la evaluación, es coherente con la modalidad de enseñanza y los contenidos. Este manual contiene la fundamentación de la metodología de evaluación definida para estas capacitaciones, junto con los recursos para llevarla a cabo.

Esto es importante porque la aprobación del curso se realizará en función de un examen o trabajo final, que tendrá por objetivo identificar si el participante adquirió los conocimientos y las herramientas necesarias para desarrollar su labor en servicios de cesación tabáquica. Se propone que las personas que no aprueben esa instancia, reciban un certificado sólo de asistencia al curso y no de aprobación del mismo.

CÓMO PLANIFICAR EL CURSO

Para que el curso sea exitoso, es importante que se planifique con la suficiente anticipación, de acuerdo a los objetivos, los destinatarios y los recursos disponibles.

La programación debe incluir claramente: objetivos y estructura general, identificación de los destinatarios, elección del lugar y los recursos necesarios, determinación del tiempo requerido, técnicas de animación, resultados esperados de cada actividad y evaluación de la capacitación.

Estructura general

A continuación se presenta un programa orientativo del curso. Como se podrá observar, las actividades se plantean con el tiempo que lleva cada una en función de los contenidos mínimos y de la experiencia surgida de capacitaciones realizadas. Más adelante, en cada uno de los módulos, se presentarán los contenidos mínimos y las actividades grupales relacionadas con cada uno de los temas.

El Ministerio de Salud de la Nación realizó este tipo de cursos con una carga horaria aproximada de 24 horas, distribuidas en tres días consecutivos con ocho horas de cursada intensiva cada uno, para facilitar la participación de personas de todo el país.

De acuerdo a esta experiencia previa, se recomienda no disminuir la carga horaria de la capacitación, aunque los encuentros presenciales pueden realizarse con diferente intensidad y periodicidad, de acuerdo a las posibilidades y necesidades de participantes y organizadores.

Es importante que cada encuentro finalice con una reflexión colectiva acerca de los principales ejes temáticos abordados, y que el siguiente cuente con una reflexión inicial, que retome lo anterior. Esto es fundamental si los encuentros son espaciados, para refrescar contenidos y preparar el trabajo del día.

Si bien no se consigna, luego de cada presentación, se destina un período de tiempo para que los participantes puedan realizar preguntas y comentarios. También es importante considerar el tiempo de los recesos, que en general se estima de 20 minutos luego de una hora y media de actividad, aproximadamente.

CURSO DE CAPACITACIÓN EN TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO

PROGRAMA MODELO

1° Bloque – Presentación del curso y Módulo 1 (1 hora 10 minutos)

Apertura a cargo autoridades

Tiempo asignado: 20 minutos

Presentación de los participantes y de los objetivos de la capacitación.

Tiempo asignado: 20 minutos

Presentación: Epidemiología del tabaquismo en Argentina y políticas de control del tabaco

Tiempo asignado: 30 minutos

2° Bloque – Módulo 2 (3 horas 10 minutos)

Presentación: Tabaquismo pasivo y daños para la salud.

Tiempo asignado: 30 minutos

Presentación: Beneficios de promover Ambientes Libres de Humo de Tabaco.

Tiempo asignado: 20 minutos

Presentación: Argumentos para contrarrestar a los opositores.

Tiempo asignado: 20 minutos

Trabajo grupal para poner en práctica los argumentos.

Tiempo asignado: 1 hora

Presentación: Estrategias para generar Ambientes Libres de Humo de Tabaco

Tiempo asignado: 1 hora

3° Bloque – Módulo 3 (2 horas 30 minutos)

Presentación: Efectos del tabaquismo activo sobre la salud y los beneficios de dejar de fumar.

Tiempo asignado: 30 minutos

Presentación: Diagnóstico de situación y rol del equipo de salud con respecto al tabaquismo

Tiempo asignado: 30 minutos

Presentación: Bases neuro-biológicas del tabaquismo.

Tiempo asignado: 30 minutos

Presentación: El tabaquismo como adicción.

Tiempo asignado: 30 minutos

Presentación: Niveles de intervención en cesación tabáquica: consejo, intervenciones breve e intensiva, intervenciones institucionales y de política sanitaria.

Tiempo asignado: 30 minutos

4° Bloque – Módulo 3 (4 horas 15 minutos)

Presentación: Primera entrevista con el fumador. Evaluación motivacional.

Tiempo asignado: 60 minutos

Presentación: Intervenciones motivacionales dirigidas a fumadores no preparados para dejar de fumar

Tiempo asignado: 45 minutos

Dinámica grupal: Role playing de intervenciones breves con personas no preparadas para dejar de fumar. Casos en Precontemplación

Tiempo asignado: 60 minutos

Dinámica grupal: Role playing de intervenciones breves con personas no preparadas para dejar de fumar. Casos en Contemplación

Tiempo asignado: 90 minutos

5° Bloque – Módulo 3 (5 horas)

Presentación: Intervenciones dirigidas a fumadores listos para dejar de fumar. Estrategias psicológicas de tratamiento. Intervenciones adecuadas a cada etapa de cambio.

Tiempo asignado: 1 hora y 30 minutos

Dinámica grupal: Role playing de situaciones con personas listas para dejar de fumar e intervenciones breves en diferentes etapas de cambio y en poblaciones especiales.

Tiempo asignado: 1 hora

Presentación: Intervenciones dirigidas a fumadores listos para dejar de fumar.

Tratamiento farmacológico

Tiempo asignado: 1 hora

Trabajo grupal: farmacoterapia

Tiempo asignado: 30 minutos

Dinámica grupal: Role playing de situaciones con personas listas para dejar de fumar e intervenciones breves en diferentes etapas de cambio y en poblaciones especiales.

Tiempo asignado: 1 hora

6° Bloque – Evaluación y cierre del curso (1 hora 15 minutos)

Trabajo individual escrito.

Tiempo asignado: 1 hora

Reflexiones finales de evaluación y cierre del curso.

Destinatarios

Esta capacitación está destinada a profesionales de la salud que estén en contacto directo con la comunidad y puedan desarrollar intervenciones para dejar de fumar. Dado que se propone un abordaje multidisciplinario de la problemática, es importante que se invite a los diferentes integrantes del Equipo de Salud de cada institución, conformado por: médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros.

El número máximo recomendado de participantes por curso es entre 20 y 25 personas, para poder profundizar en los diferentes temas y desarrollar adecuadamente los trabajos grupales y el intercambio entre participantes y docentes.

El éxito de un taller depende, en parte, de la realización de una convocatoria adecuada, y por ello es fundamental enviar las invitaciones con la debida anticipación y ser claros con respecto a los objetivos y destinatarios de la capacitación, cuál es el perfil requerido de los participantes y, por supuesto, precisar la hora, el lugar y la fecha de la actividad. Si es necesario solicitar algún material a los participantes, es conveniente hacerlo en el momento en que se invita. Asimismo, unos días antes de la capacitación es bueno reforzar la invitación vía correo electrónico, telefónica o personalmente.

Elección del lugar y recursos necesarios

El espacio debe ser lo suficientemente amplio y cómodo, preferentemente con asientos móviles para la realización de los trabajos en grupo durante los talleres, contar con equipamiento para presentaciones y una pizarra donde anotar los ejes de las presentaciones y las conclusiones grupales.

En este Manual se presentan los contenidos en presentaciones en diapositivas, por lo que sería recomendable contar con computadora y proyector multimedia para realizar las exposiciones. Si no se cuenta con esos recursos, pueden imprimirse las diapositivas en transparencias, para usar retroproyector, o simplemente utilizarse impresas en papel y distribuidas a los alumnos, como guía de las exposiciones de los docentes.

Es importante organizar los temas en una secuencia adecuada y precisar cada una de las actividades, con objetivos y tiempo de duración, para facilitar el proceso de aprendizaje de los participantes. De este modo, se evita la confusión provocada por la superposición de temas o la abundancia de información que impide la profundización, apropiación y jerarquización de los diferentes contenidos.

La utilización de papelógrafos y afiches puede ser útil para los trabajos grupales, ya que de ese modo cada grupo puede anotar lo elaborado y así exponerlo al resto de manera más fácil y comunicativa.

Tiempo

El tiempo es un factor fundamental para garantizar un buen aprendizaje, por lo tanto se sugiere un cronograma tentativo que podrá modificarse según la organización de cada curso. Es sumamente importante que el facilitador controle los tiempos y coordine el grupo a fin de que se respeten según lo planificado.

Objetivos del aprendizaje y rol del facilitador

Quien presida o coordine cada actividad durante el curso, será nombrado aquí como “facilitador”. El facilitador, no necesita ser un experto de todos los temas o aspectos a desarrollar, pero debe ser un hábil generador de intercambio de opiniones y tener experiencia en este tipo de actividades formativas.

El facilitador debe tener muy claro él o los objetivos que se persiguen en cada encuentro y cada bloque temático, ya que debe actuar como guía de la tarea preguntándose ¿qué y para qué enseñar? (objetivos), sabiendo a quienes se dirige el aprendizaje.

En cada Bloque se describen los objetivos que se persiguen.

Selección de Contenidos

¿Qué enseñar? En la selección, organización y secuenciación de los contenidos debemos tener en cuenta tanto la estructura lógica interna de la disciplina, del cuerpo de conocimientos, como de la estructura que debe darse a esos contenidos o conocimientos para ser enseñados. Por tal motivo se sugiere un programa de referencia a fin de mantener la coherencia lógica interna de los contenidos y del curso.

La capacitación no debe plantearse como una suma de actividades, sino que debe ser vivida por cada uno de los participantes como un todo coherente y con sentido. Es necesario que cada participante pueda establecer relaciones entre una actividad y otra, entre el trabajo de un día y el del otro, y entre las actividades del taller y su trabajo. Al iniciar una nueva actividad se debe establecer su importancia y su papel en el proceso.

Desarrollo de los contenidos

Se adjunta un CD con las presentaciones y la bibliografía obligatoria necesaria para contar con la información suficiente para llevar a cabo el taller.

Metodología: En cada módulo se describe la presentación del tema y las actividades a realizar con sus consignas explícitas.

Actividades de Taller: Se realizan ejercicios de aplicación con datos reales, y se simulan prácticas que los participantes desarrollarán en su trabajo. En forma coherente con los objetivos planteados y los contenidos seleccionados y secuenciados, corresponde diseñar actividades de aprendizaje y las estrategias que el profesor utilizará para el desarrollo de las mismas, como dinámicas grupales, consignas y análisis de casos.

En cada uno de los bloques temáticos se presentan los trabajos grupales desarrollados en las capacitaciones del Programa Nacional de Control del Tabaco con modalidad de taller.

Recursos utilizados: módulos, bibliografía, documentos, diapositivas, etc.

¿Qué es un taller?

Es una experiencia de trabajo activo, colectivo y creativo. La participación de cada uno de los integrantes, aportando sus experiencias, argumentando, discutiendo, escribiendo, comprometiéndose, es fundamental para el éxito del taller.

Es una experiencia de trabajo vivencial: su materia prima son las experiencias propias. Un taller debe generar identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia a un grupo y un mayor compromiso colectivo.

Es una experiencia de trabajo concreto: un taller debe generar planes de trabajo o por lo menos tareas realizables a corto y mediano plazo. Esta es la principal diferencia entre un taller y una conferencia, o panel.

Es una experiencia de trabajo sistemático: la precisión es clave al sistematizar y presentar los trabajos de grupo. Además, es indispensable la claridad al exponer los desacuerdos y los compromisos, así como la autodisciplina del grupo para cumplir las reglas del juego.

Evaluación

Para aprobar el curso, se propone una modalidad de evaluación formativa y sumativa.

En el momento de iniciar la programación del curso, el docente se preguntará por el nivel de conocimiento del cual parte el alumnado.

El proceso de elaboración y programación de las experiencias de aprendizaje, a partir del planteo de los objetivos y en función de los ejes conceptuales que se desarrollarán a través de las actividades, constituirá la matriz sobre la que girará la evaluación formativa del proceso de aprendizaje.

La evaluación sumativa tiene la finalidad de valorar el grado de aprendizaje alcanzado por los alumnos en función de los objetivos propuestos. De este modo, los criterios de evaluación y acreditación serán coherentes con los objetivos de aprendizaje establecidos, con los logros esperados y con las necesidades y demandas formativas exigidas por el área de conocimientos que referencia al campo científico estudiado.

FUNCIONES DEL FACILITADOR

- Fijar parámetros para los debates y guiar el debate cuando sea necesario.
- Mantener informado al grupo acerca de los cambios en el programa.
- Formular comentarios constructivos sobre los debates.
- Mantener el debate centrado en las metas definidas del grupo.
- Lograr la participación constructiva de todos los miembros del grupo.
- Forjar consenso hacia el logro de esas metas.
- Definir constructivamente las diferencias cuando no hay consenso,
- Coordinar toda documentación necesaria acerca del trabajo del grupo.
- Estar dispuesto a responder a las preguntas de los participantes, recibir comentarios acerca de la dinámica del grupo y a dar asesoramiento

El rol del facilitador es central para el éxito del taller. Por ese motivo, es importante que quien coordine el curso tenga experiencia previa y considere la propuesta pedagógica, más allá de los contenidos. No alcanza sólo con saber mucho acerca de determinado tema, sino que también es importante saber transmitir los conocimientos claramente y escuchar los comentarios de los otros, para promover la reflexión y el intercambio de ideas.

También es importante que pueda coordinar los debates para que se valore la palabra de los participantes, sin que se concentre sólo en algunas personas. Por eso es recomendable que sea un buen oyente y comunicador, para alimentar las discusiones del grupo con “valor agregado”, y así ayudar a que éste avance en el proceso de construcción de conocimiento.

Además, debe tener en cuenta el respeto por la dinámica del grupo, ya que todos los grupos son distintos y es necesaria cierta flexibilidad con los tiempos de las presentaciones y las dinámicas para responder a las características de los participantes, sin perder de vista los objetivos y resultados esperados del curso. En este sentido, también debe estar dispuesto a abordar y ser capaz de resolver abiertamente los conflictos y las tensiones que surjan dentro del grupo.

La persona que capacita no debe:

- | |
|--|
| • Hacer monólogos. |
| • Ser líder del grupo. |
| • Introducir sus propias opiniones en las discusiones. |
| • Entrar en competencia, sea franca o encubierta, con el personal de apoyo. |
| • Pretender agotar todas las discusiones o conflictos, durante el período de tiempo programado para el taller. |
| • Tomar partido, bien sea a favor o en contra de los participantes. |
| • Asumir como propios los conflictos del grupo. |
| • Sentirse responsable por los contenidos o resultados de las discusiones. |

MÓDULO 1

EPIDEMIOLOGÍA DEL TABACO EN ARGENTINA Y EN EL MUNDO

En esta unidad se presenta el primer bloque del programa, donde se habla de las características del curso y se generan las condiciones para establecer un clima de trabajo adecuado, en función de las expectativas de los participantes y de los objetivos del mismo.

A su vez, se abordan los contenidos introductorios a la problemática del tabaquismo, con la presentación del tema: “Epidemiología del tabaco en Argentina y en el mundo”.

• Apertura del curso

Tiempo asignado: 20 minutos

Al momento de ingresar los participantes, se les hará entrega de la carpeta con los materiales del taller; se solicitará que completen una ficha con sus datos personales, a modo de acreditación, y que firmen la planilla de asistencia.

Dado el carácter institucional de las capacitaciones, una autoridad de la institución que organiza el taller es la encargada de dar la bienvenida a los participantes, informar acerca del marco estratégico en que se realiza esta capacitación y presentar al plantel docente.

• Presentación de los participantes y de los objetivos de la capacitación

Tiempo asignado: 30 minutos

Los docentes son los encargados de presentar los objetivos del curso, así como las condiciones generales del trabajo a desarrollar durante los sucesivos encuentros. Es muy probable que los participantes no se conozcan entre sí, por eso es importante que se presenten y que expresen las expectativas con respecto al taller.

Así, se espera que durante el primer día pueda establecerse un entorno de aprendizaje propicio, con entusiasmo por la tarea, respeto por los otros participantes y una mentalidad abierta a las actividades que se proponen. También es importante que en esta oportunidad se motive a los participantes a asumir un compromiso personal y a reconocerse como actores principales en un proceso central para mejorar la salud de las personas.

Al iniciar un proceso de capacitación, es importante realizar una introducción a la problemática que se va a abordar, porque no todos los participantes pueden tener la suficiente información previa.

En este momento, se recomienda realizar una primera evaluación, en la que se pregunta a los participantes acerca de su experiencia previa y expectativas, para observar si la estructura del taller es adecuada o es necesario realizar algunos ajustes en contenidos, enfoques de los temas y actividades.

• Presentación: Epidemiología del tabaquismo en Argentina y políticas de control del tabaco

Tiempo asignado: 30 minutos

Objetivos:

Al finalizar este bloque temático, se espera que los alumnos estén en condiciones de:

- Conocer la situación del tabaquismo activo y pasivo en Argentina con respecto a otros países del mundo, tanto en adultos como en adolescentes.

- Comprender la magnitud del problema para la salud pública y las políticas de control del tabaco que se desarrollan en nuestro país.

Contenidos:

- Distinción entre consumo de tabaco y prevalencia de tabaquismo. Situación internacional.
- Situación del tabaquismo activo en Argentina con respecto a otros países del mundo, tanto en adultos como en adolescentes.
- Estudios de exposición al humo de tabaco ambiental en Argentina.

El tabaquismo en la población puede medirse de dos formas que ofrecen perspectivas distintas acerca del problema: la prevalencia y las ventas o consumo per cápita. Los datos de prevalencia se recogen a través de encuestas poblacionales, y el consumo per cápita se calcula usando estadísticas económicas sobre ventas de cigarrillos en el mercado interno.⁶

Definiciones de la OMS:

Prevalencia del tabaquismo: “la proporción (generalmente expresada como porcentaje) de la población que fuma (tanto diaria como ocasionalmente) en un determinado momento...”.

Consumo per cápita: “el número total de cigarrillos vendidos o estimados como consumidos, divididos por el tamaño de la población”.

Para poder desarrollar programas destinados a poblaciones específicas, las encuestas de prevalencia a menudo miden las diferencias en el consumo de cigarrillos y otros tipos de tabaco según género, edad, nivel educacional, ocupación, lugar de residencia y otros factores.

La venta per cápita mide el consumo de cigarrillos de una manera relativamente simple y económica, pero es necesario considerar el contrabando y las ventas a turistas. Es útil para mostrar los cambios en el consumo de cigarrillos asociados con un aumento en el precio o los impuestos, o con campañas anti-tabáquicas.

La OMS estima que existen alrededor de 1.300 millones de fumadores en el mundo, de los cuales 800 millones viven en países en desarrollo, lo que representa cerca de un tercio de la población global de 15 años o más.

En Argentina hay 8 millones de fumadores, lo que representa el 33.4% de la población de 18 a 64 años de edad y aproximadamente el 30 % de la población entre 13 a 17 años. El promedio de consumo de los fumadores en encuestas de adultos es de 13 cigarrillos diarios.⁷ La mitad de estas personas va a morir de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, y de ellos, la mitad fallece entre los 35 y los 69 años.

Las ventas representan algo menos de 2.000 millones de paquetes de 20 unidades por año, lo que da 250 Paquetes/año per cápita.

Se observa que en Argentina, Chile y Uruguay el consumo entre las adolescentes mujeres es muy alto (más alto que entre los hombres), a diferencia de lo que ocurre en los otros países.

Bibliografía citada:

1. Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington: Banco Mundial, 1999.
2. Tobacco use among youth: a cross country comparison. Tob Control 2002; 11:252-70.
3. Navas-Acien A, Peruga A, Breyse P, et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002-2003. Jama 2004; 291:2741-5.
4. Steering Committee. WHO European strategy for smoking cessation policy. Geneva: World Health Organization, 2004.
5. Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington: The World Bank, 1999.
6. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic, 1998.
7. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2006.

Bibliografía complementaria

- La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud, 2000, Pub. Cient. N° 577.
- Programa Nacional de Control del Tabaco. Encuesta de tabaquismo en grandes ciudades de Argentina 2004. Ministerio de Salud de la Nación, 2005.
- Encuesta de tabaquismo en adolescentes 2002. Ministerio de Salud de la Nación, 2004.
- Pitarque R., Perel P., y Sánchez, G. Mortalidad anual atribuible al tabaco en Argentina, año 2000. Ministerio de Salud.
- H. Miguez .Consumo de Sustancias Psicoactivas. Psicoactiva 18: 1- 17 , 2000

MÓDULO 2

TABAQUISMO PASIVO Y AMBIENTES LIBRES DE HUMO (ALH)

Objetivos:

Al finalizar este bloque temático, se espera que los alumnos estén en condiciones de:

- Conocer la magnitud del tabaquismo pasivo.
- Identificar y difundir los beneficios de promover ALH.
- Planificar estrategias de implementación de ALH.

• **Presentación: Tabaquismo pasivo y daños para la salud.**

Tiempo asignado: 30 minutos

Contenidos:

- Características del humo de ambiental de tabaco.
- Marcadores de nicotina y métodos para evaluar la presencia de HAT.
- Riesgos para la salud en adultos y niños.

¿Qué es el Humo Ambiental de Tabaco (HAT)?

Es el humo que se encuentra en el ambiente donde alguien está fumando.

Está compuesto por:

- El humo que se desprende de la punta encendida del cigarrillo (corriente lateral)
- El humo que exhala el fumador (corriente principal).

Contiene las mismas 4.000 sustancias tóxicas que el humo de tabaco, entre las que se encuentran más de 50 carcinógenos conocidos.

Se considera un carcinógeno clase A, es decir, que no hay un nivel mínimo de exposición que sea seguro para la salud.

Tabaquismo pasivo: exposición involuntaria de los no fumadores al HAT.

Impacto del tabaquismo pasivo para la salud:

- En Argentina: mueren más de 40.000 personas por año debido al consumo de tabaco y 6000 de tabaquismo pasivo.
- El 60% de los no fumadores está expuesto al HAT en el hogar y el 90% en el trabajo (2004). El 56% de la población presenta exposición habitual al HAT (2005).

Los expuestos al HAT en sus casas tienen entre un 20 y un 30% más de riesgo de cáncer de pulmón y de enfermedad coronaria. Quienes respiran HAT en el trabajo, poseen un 16 y 19% más de riesgo de cáncer de pulmón que los no expuestos.

El HAT produce síntomas cotidianos como irritación ocular y nasal. Tiene especial gravedad en niños, quienes padecen de mayor número de otitis media, aumento del número de episodios de broncoespasmos e internaciones. También se observa trastornos en la conducta y el aprendizaje de los niños fumadores pasivos.

La exposición de los recién nacidos al HAT se asocia con aumento de riesgo de muerte súbita del lactante.

La exposición al HAT se puede medir por cuestionarios, marcadores biológicos (Cotina, CO) o medición de contaminantes (partículas, CO, Nitrosaminas, etilenpiridina, Nicotina)

• **Presentación: Beneficios de promover Ambientes Libres de Humo de Tabaco**

Tiempo asignado: 20 minutos

Contenidos:

- Qué es un ambiente 100% libre de humo de tabaco.
- Por qué promover ALH: beneficios para la salud pública y para las instituciones; gastos sanitarios y económicos asociados al consumo y la exposición.
- Análisis de la postura de los opositores frente a los ALH.

Es importante plantear que cuando hablamos de ambientes libres de humo no nos referimos a un lugar con espacios para fumadores y no fumadores, sino a una institución que no permite fumar en ningún espacio interior.

Beneficios de los ALH:

1. Promueven la salud y salvan vidas.
2. Facilitan la respiración.
3. Ahorran dinero.
4. Ayudan a los fumadores a dejar de fumar y a los niños a crecer libres del tabaquismo, una fuerte adicción.

Los lugares de trabajo libres de humo reducen el consumo de tabaco entre los fumadores en un nivel de 29% (caída de 3,8% en la prevalencia y 3,1 cigarrillos menos por empleado por día).

Se trata de un efecto notable medido en función de cualquier norma de salud pública y en comparación con otras medidas de control del consumo de tabaco. Esto se logra sólo con lugares de trabajo 100% libres de humo, ya que la existencia de zonas para fumadores no disminuye casi nada el consumo.

• **Presentación: Argumentos para contrarrestar a los opositores**

Tiempo asignado: 30 minutos

Contenidos:

- Principales argumentos en contra de los ambientes libres de humo de tabaco
- Información y respuestas adecuadas para hacer frente a esos argumentos y promover ALH.

En general, quienes se oponen a las medidas antitabáquicas utilizan muchas palabras como “elección”, “libertad”, “derecho” para sostener sus argumentos, porque están cargadas de significados positivos, e intentan que quienes promueven los ALH sean identificados como autoritarios.

Es por ello que debe mostrarse otro sentido para estas palabras. Todos tenemos derecho a respirar aire puro, todos tenemos derecho a que nuestra salud sea protegida en los lugares de trabajo y el tabaquismo es una adicción, no una libertad.

La libertad más importante es la libertad de respirar, vivir y trabajar en un entorno saludable. La exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco atenta contra esa libertad. En este caso, no se trata de obligar a las personas a que dejen de fumar, sino que regular dónde y cuándo se puede fumar, para proteger la salud de todos.

Tampoco sirve ventilar, porque la ventilación puede eliminar el humo visible o el olor, pero no las sustancias químicas perjudiciales, que se mantienen en el aire durante varios

días. Además, ¿por qué habrían de promoverse sistemas de ventilación excesivamente costosos, que sabemos que no resuelven el problema y representan una carga innecesaria para las pequeñas empresas, cuando se puede fácilmente eliminar la principal fuente de contaminación de ambientes cerrados?

Todos los trabajadores tienen derecho a ser protegidos del cáncer contraído en el lugar de trabajo y de otras amenazas a la salud provocadas por el humo ambiental de tabaco.

Así como no se debe conducir un automóvil de modo que ponga en riesgo la vida de las personas, ni utilizar alimentos inseguros en un restaurante, del mismo modo no se debe fumar en los lugares públicos.

Los adultos no tienen derecho a optar cuando se pone en peligro la salud de sus familias y sus compañeros de trabajo.

Las políticas sobre la prohibición de fumar en los lugares de trabajo deben proteger a todos los trabajadores. Muchas personas carecen de la flexibilidad para poder elegir por trabajar en un lugar libre de humo.

La experiencia, basada en datos reales sobre las ventas, ha demostrado que las leyes sobre ALH son beneficiosas para las empresas, incluidos bares y restaurantes.

Trabajo grupal:

Este ejercicio tiene como objetivo que los participantes pongan en práctica los argumentos aprendidos durante la presentación, a través de escenificaciones en las que puedan promover los ALH frente a personas opositoras a este tipo de medidas.

Cada grupo deberá defender la estrategia de ALH frente a uno o más opositores. Es importante que se busquen situaciones cercanas a la realidad de los participantes. Por ese motivo, los actores que puedan ser opositores se seleccionan de acuerdo a las instituciones en las que trabajen los participantes. En el caso de las instituciones de salud, pueden imaginarse situaciones en que el equipo deba convencer a un jefe de servicio, al director de un hospital, a representantes de alguno de los gremios, a un secretario de salud de un municipio o a un periodista. Para que exista diversidad en las representaciones grupales, lo ideal es que cada equipo seleccione un tipo diferente de opositor.

Una vez explicada la consigna a los participantes, se solicita que se dividan en grupos. Para hacer la distribución de las personas en los diferentes grupos, puede pedirse que se numeren en forma sucesiva (del 1 al 5, por ejemplo, o de acuerdo a la cantidad de grupos que se deseen armar). Así, se juntan todos los que tienen el N° 1, todos los que tienen el N° 2, y así sucesivamente.

Luego de conformados los grupos, cada uno debe seleccionar quién o quiénes representarán la postura opositora. Esas personas se retiran del grupo, para que el resto discuta acerca de los argumentos a favor de ambientes libres de humo que utilizará durante la escena. Es conveniente que piensen en las posibles respuestas opositoras que pueden recibir y que realicen un listado de los argumentos para contrarrestarlas. Cada equipo debe tener claro cuál va a ser el objetivo de la reunión que mantengan con alguno de los opositores mencionados o, en el caso del periodista, para qué hacen esa entrevista.

Las personas que representan a los opositores, y que han sido separadas de sus respectivos grupos, se juntan con uno de los coordinadores del taller para repasar opiniones y funda-

mentos que les permitan sostener una postura negativa con respecto a los ALH, y de este modo lograr que el resto deba esforzarse y buscar las respuestas adecuadas para lograr su objetivo de promover los ALH.

Durante el tiempo destinado a la preparación de la escenificación (20 minutos, aproximadamente), es conveniente que los facilitadores pasen por cada uno de los grupos para responder dudas sobre el ejercicio.

Una vez pasado el tiempo previsto para esta primera parte, se solicita a cada grupo que dramatice el encuentro frente al resto. Después de cada dramatización se deberían dedicar 5 minutos para que los participantes analicen qué fue lo que pasó. Algunas preguntas para orientar la discusión, pueden ser: ¿Qué salió bien? ¿Los argumentos se utilizaron adecuadamente? ¿Cómo se encaró el tema por parte del grupo? ¿Qué aportes puede hacer el grupo para ayudar a mejorar las aptitudes de debate de los participantes?

• **Presentación: Estrategias para generar ALH**

Tiempo asignado: 1 hora.

Contenidos:

- Marco teórico para la implementación de ALH
- Pasos y estrategias para la elaboración de un proyecto de ALH
- Diferentes ámbitos de intervención (ejemplos de proyectos).

Frente a la complejidad del problema, es importante pensar estrategias integrales y graduales, que permitan generar consenso acerca de la aplicación de las medidas, y que den el tiempo necesario para que las personas puedan adaptarse a la restricción de fumar en el lugar de trabajo. Es por ello que se proponen múltiples estrategias simultáneas.

Pasos claves de la estrategia de implementación de ALH

a. Formación de un comité representativo de todos los sectores y diagnóstico institucional.

El comité tiene a su cargo el desarrollo, la implementación y el monitoreo del proyecto. Una de las primeras acciones a desarrollar es la elaboración de un diagnóstico institucional (Ej.: encuesta) que permita conocer cuál es la situación de la institución con respecto a la prevalencia de tabaquismo, exposición al HAT en los lugares de trabajo, las percepciones de los trabajadores acerca de esta problemática y el apoyo a la implementación de la restricción de fumar. Un modelo de encuesta puede obtenerse en www.msal.gov.ar/tabaco.

b. Presentación del programa y del objetivo 100% libre de HAT.

Es importante que se presente el proyecto a todo el personal de la institución, con información acerca de los plazos para la restricción transitoria y la fecha en la que está previsto que la entidad se transforme en 100% libre de HAT. También es conveniente brindar información sobre las actividades de sensibilización, motivación y educación.

c. Talleres de sensibilización e información.

En ellos, es importante que, además de presentar los datos del diagnóstico institucional, se brinde información acerca de tabaquismo pasivo, el impacto del consumo de tabaco en el ámbito laboral y los beneficios de generar ALH. Es conveniente que los talleres sean motivadores para la acción y contribuyan a despertar el compromiso del personal en la generación de una institución libre de HAT.

d. Estrategia de Señalización.

Los carteles deben estar ubicados en lugares estratégicos y bien visibles, para indicar adecuadamente dónde está prohibido o permitido fumar.

Está demostrado que el objetivo a lograr es una restricción total y no una restricción parcial.

Sin embargo la restricción parcial inicial se recomienda porque:

- Da tiempo a la preparación para el cambio por parte de los fumadores y de los no fumadores
- Es mejor aceptada por el personal
- Evita la percepción de medida "arbitraria" y "discriminatoria"

Es conveniente que tengan un contenido positivo, solidario y de colaboración.

Las zonas en las que esté permitido fumar transitoriamente, deberían estar al aire libre. Si esto no es posible, por las características edilicias de la institución, es fundamental que estén separadas en forma estructural de las áreas donde esté prohibido fumar y que posean ventilación independiente, para que el aire contaminado por el HAT no afecte a personas que trabajen en espacios contiguos.

e. Campaña comunicacional.

Una adecuada campaña de comunicación es un requisito básico para lograr consenso, participación y compromiso por parte de los trabajadores y, de este modo, garantizar el éxito de la intervención. Debe acompañar las diferentes fases del proyecto; así, en cada etapa de la intervención, los mensajes deben ser diferentes. Mientras que en un primer momento es importante sensibilizar y promover la concientización acerca de los riesgos del HAT y la importancia de generar ALH, luego puede hacerse hincapié en promover el cumplimiento de la restricción parcial e informar la fecha de la restricción total. Finalmente, una vez implementada la medida, es importante continuar con campañas periódicas para sostener el cumplimiento de la norma, con la difusión de los logros y resultados de la intervención.

f. Apoyo para dejar de fumar.

La mayoría de los fumadores desea dejar de fumar, aunque no sabe cómo hacerlo. La estrategia recomendada es brindar educación y apoyo, respetando la autonomía en el proceso de toma de decisiones. Lo ideal es que la institución pueda financiar los tratamientos de cesación a los empleados que así lo requieran, incluida la medicación cuando fuese necesario. Si esto no es posible, la institución puede realizar convenios con entidades que brinden estos servicios, distribuir diferentes materiales de apoyo e informar acerca de centros de cesación cercanos y accesibles.

g. Capacitación del equipo de salud en prevención del tabaquismo y cesación.

Es importante establecer un plan de capacitación en intervenciones breves para ayudar a las personas a dejar de fumar, destinado al equipo de salud.

La capacitación debe brindar herramientas para el abordaje de la cesación tabáquica y de la protección de los fumadores pasivos.

h. Evaluación.

De proceso: para evaluar el curso de las acciones y hacer las modificaciones necesarias.

De resultado: encuesta post intervención, por lo menos 6 meses después de la restricción total y observaciones.

Conocer la situación de la que se parte para desarrollar la intervención permitirá evaluar si se generaron cambios, una vez finalizado el proyecto.

De acuerdo al énfasis que se quiera dar a este tema en el transcurso del taller, se puede proponer la realización de un ejercicio grupal para armar un esbozo de proyecto.

Una vez que los participantes se dividan en grupos, se les puede solicitar que elijan una institución en la que trabaje alguno de los integrantes para armar el proyecto. A partir de las características de la institución (diagnóstico institucional), se les pedirá que planteen objetivos, actividades y recursos necesarios para implementar la estrategia de Ambientes Libres de Humo. Para ello, seguirán como modelo la presentación previa, pero la idea no es que repitan lo que se expuso allí, sino que la adapten a la realidad concreta en la que trabajan.

Después de trabajar entre 45 minutos y una hora, como mínimo, se solicitará que cada grupo exponga el proyecto elaborado muy brevemente, en no más de 5 minutos. Una vez finalizadas

todas las exposiciones, el facilitador promoverá un análisis colectivo de lo planteado. Si las presentaciones son pocas, y el docente puede manejar el debate para que no se extienda demasiado en desmedro de los otros grupos, se puede realizar este análisis después de la exposición de cada uno de los proyectos.

Bibliografía complementaria:

Guía Nacional de Instituciones de Salud Libres de Humo de Tabaco. Ministerio de Salud de la Nación, 2005.

Samet, J. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Revista Salud Pública de México. Vol. 44, suplemento I de 2002. S144-I60.

Samet, J. Documento de antecedentes: Los efectos de la exposición al humo del tabaco sobre la salud de los niños. Preparado para la consultación Internacional sobre el humo del tabaco en el ambiente y la salud de los niños de la Organización Mundial de la Salud. 1999.

Navas-Acien A., Peruga A., Breyse P., Zavaleta A., Blanco A., Pitarque R., Acuña M., Jiménez K., Colombo VI., Gamarra G., Stillman Fa., Samet J.. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. JAMA 2004 291 (22):2741-2745.

Fichtenberg, C. y Glantz, S. El efecto de los lugares de trabajo libres de humo de tabaco en el comportamiento de los fumadores: revisión sistemática. BMJ 2002; 325 :188-194

López Antuñano, F. y Tovar-Guzmán, V. Fumar o no fumar, en restaurantes, hoteles y cantinas. Revista Salud Pública de México 2002. Vol. 44, S136-143.

La rentabilidad a costa de la gente. Organización Panamericana de la Salud, 2002.

Hacia entornos totalmente libres de humo de tabaco en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, 2004.

Artazcoz L., Brotons M., Brotons A.. Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa. Gac Sanit 2003; 17(6):490-3

Fink S.. ¿Porqué no se debe fumar en el lugar de trabajo? Medicina. (Buenos Aires). Volumen 65 - N° 6, 2005

Halpern, Michael T. MD, PhD; Dirani, Riad PhD; Schmier, Jordana K. M. Impacts of a Smoking Cessation Benefit Among Employed Populations A. JOEM Volume 49(1), January 2007:11-21

Thomson G. y Wilson N.. One year of smokefree bars and restaurants in New Zealand: Impacts and responses. BMC Public Health 2006, 6:64

Sargent R.P. Shepard R. M. y Glantz S.A.. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. BMJ 2004;328:977-980.

Griffiths J., Grievés K.. Why Smoking in the workplace matters: an employer's guide. World Health Organization, Copenhagen, 2002.

Griffiths J., Grievés K.. Tobacco in the Workplace: Meeting the Challenges. A Handbook for Employers. WHO, Regional Office for Europe, 2002.

Making Your Workplace Smokefree: A Decision Maker's Guide. US Department of Health and Human Services, 2000.

Mackay J. .A Guide to Creating a Smoke-free Workplace.

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO Y NIVELES DE INTERVENCIÓN

Objetivos:

Al finalizar este bloque temático, se espera que los alumnos estén en condiciones de:

- Conocer el rol actual y el esperado del equipo de salud en el control del tabaco.
- Identificar los diferentes niveles de intervención en cesación tabáquica, su impacto sanitario y el marco clínico apropiado para su implementación.
- Manejar y aplicar las estrategias basadas en la evidencia, para implementar intervenciones breves de cesación tabáquica en la práctica clínica habitual.
- Incorporar una mirada interdisciplinaria en el abordaje del paciente fumador, realizando intervenciones integradas, por parte de todo el equipo de salud.

• **Presentación: Efectos del tabaquismo activo sobre la salud y los beneficios de dejar de fumar.**

Tiempo asignado: 30 minutos

Contenidos:

- Mortalidad atribuible al tabaquismo.
- Evidencia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo.
- Tabaco y salud de la mujer.
- Consecuencias del tabaquismo en jóvenes.
- Beneficios de dejar de fumar.

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte prematura evitable. Es responsable de la muerte de uno de cada diez adultos alrededor del mundo, y si los patrones de consumo actuales continúan, para el año 2030 la proporción será de uno de cada seis adultos (alrededor de 10 millones de muertes al año)¹.

Existe evidencia de daño vinculado a todo tipo de tabaco en:

- Cáncer: boca, garganta, laringe, esófago, pulmón, riñón, cuello de útero, páncreas, vejiga, colon, estómago y leucemia.
- Enfermedad Cardiovascular: Accidente cerebro vascular (ACV), cardiopatía isquémica, aneurisma de Aorta abdominal (dilatación y ruptura anormal de la arteria Aorta) y aterosclerosis subclínica. Demencia vascular.
- Enfermedades respiratorias: enfermedades respiratorias agudas incluyendo neumonías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ej. Enfisema), menor función pulmonar e hiperreactividad bronquial, síntomas respiratorios en niños y adultos, y síntomas relacionados al asma en niños.
- Daños reproductivos: Rotura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento fetal, parto prematuro. Niños de bajo peso al nacer y síndrome de muerte súbita del lactante. Riesgo aumentado de embarazo ectópico, aborto espontáneo y fisura labial del recién nacido.

- Otros efectos dañinos sobre la salud: peor estado de salud incluyendo complicaciones posquirúrgicas, baja densidad de hueso en mujeres post menopaúsicas, mayor riesgo de fractura de huesos, enfermedad de las encías, cataratas y maculopatía. Mayor ausentismo laboral. Recientemente se ha encontrado vínculo con el cáncer de mama
- Niños: mayor número de episodios de otitis media, asma, internaciones y muerte súbita del lactante. Aumento del número de infecciones del tracto respiratorio y trastornos de aprendizaje en niños expuestos al humo de tabaco ajeno. Asociación con Trastorno de Déficit de Atención.
- Manchas en los dientes, halitosis, mala tolerancia al ejercicio, paradentosis y enfermedad gingival.
- Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Tabaco y Mujer:

Varios estudios han mostrado que el tabaquismo reduce la fertilidad y fecundidad para parejas donde uno o ambos cónyuges fuman.

Los componentes del humo de cigarrillo pueden aumentar el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas a través de varios mecanismos, incluyendo el sistema de citoquinas, daño de la función inmune en el tracto reproductivo y la activación de mecanismos de inflamación. Todo esto puede dar como resultado el comienzo del parto prematuramente.

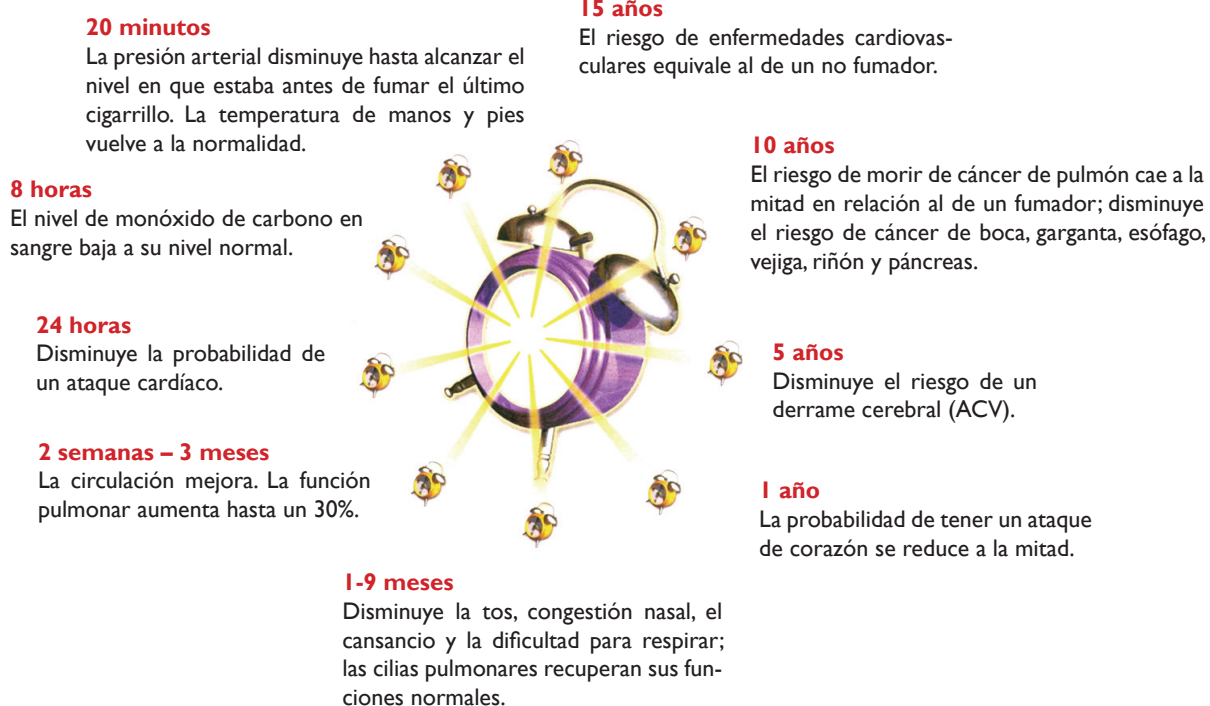
Se observa placenta previa con mayor frecuencia en fumadoras en comparación con no fumadoras. Fumar durante el embarazo resulta en flujo de sangre reducido en las vellosidades de la placenta vinculándose también a desprendimientos de la misma.

Tabaco y Adolescencia:

En los adolescentes, fumar se asocia con una obstrucción leve de las vías aéreas y una disminución del desarrollo de la función pulmonar. Un estudio realizado en alrededor de 10.000 adolescentes en EE.UU. demostró que los adolescentes que fumaban cinco cigarrillos por día ya presentaban estos trastornos. Las mujeres parecen ser más susceptibles a esto que los hombres. Fumar se asocia con un menor rendimiento deportivo debido a una menor capacidad pulmonar y a signos tempranos de arteriosclerosis.

El tabaquismo activo iniciado en esta etapa de la vida puede ser una de las causas de problemas de conducta y resultar el paso previo al consumo de otras sustancias, como el alcohol y la marihuana. Fumar puede aumentar el riesgo de trastornos de la ansiedad en la adolescencia tardía y se asocia con los mismos síntomas de adicción que en los adultos. Un estudio demostró que al menos el 50% de los adolescentes que comienzan a fumar lo harán por al menos 16 años y 50% de los adolescentes lo harán por al menos 20 años.

BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR



La expectativa de vida es mayor cuanto antes se deja de fumar. Los fumadores que dejan antes de los 35 años tienen una expectativa de vida de 6.9 a 8.5 años más en los hombres y 6.1 a 7.7 años más en las mujeres. Sin embargo, dejar de fumar a edades avanzadas también es beneficioso: los fumadores que dejaron de fumar a los 65 años vivieron 1.4 a 2.0 años más los hombres y 2.7 a 3.7 años más las mujeres²

• **Presentación: Diagnóstico de situación y rol del equipo de salud con respecto al tabaquismo.**

Tiempo asignado: 30 minutos

Contenidos:

- Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales de la salud y estudiantes de ciencias de la salud.
- Cumplimiento de la prohibición de fumar en instituciones de salud.
- Implicancia del profesional de la salud fumador en el abordaje de los pacientes que consumen tabaco.
- Cantidad y calidad de las intervenciones realizadas en sus pacientes fumadores en nuestro país.

A partir de la presentación de esta información, se pretende establecer un intercambio con los participantes, para concientizarlos acerca del rol modélico del equipo de salud, y el impacto de sus propias actitudes, conductas y creencias sobre la población que atiende.

Es muy difícil reducir el problema del tabaquismo sin la participación del equipo de salud.

En nuestro país, hay algunos trabajos que describen el consumo de tabaco en profesionales de la salud, y en general sugieren que este consumo es similar al de la población general.^{3,4}

EL PROFESIONAL DE LA SALUD SIEMPRE INTERVIENE: POSITIVA O NEGATIVAMENTE	
Intervención positiva • Personal de salud motivado y preocupado por el tabaquismo • El personal de salud no fumador refuerza el mensaje de que el tabaco es perjudicial para la salud.	Intervención negativa • Personal de salud no motivado que no interviene en tabaquismo • El profesional de la salud fumador da un mensaje sanitario claro: fumar no es un verdadero problema

Royal College of Physician, OMS, Surgeon General

¿Qué puede hacer el equipo de salud?

- Reducir su consumo
- aconsejar independientemente de su estatus de fumador
- Fomentar la implementación de hospitales libres de humo de tabaco
- Capacitarse en intervención breve
- Tomar conciencia de su rol modélico.

• **Presentación: Bases neuro-biológicas del tabaquismo.**

Tiempo asignado: 30 minutos

Contenidos:

- Naturaleza adictiva del consumo de tabaco: dependencia física, psíquica y su fuerte componente social y conductual.
- Reflexiones acerca de la habitual minimización del problema y abordaje del tabaquismo como enfermedad crónica, adictiva y letal, que frecuentemente presenta recaídas.

El consumo de tabaco produce dependencia en los siguientes aspectos:

- Fisiológico/biológico: adicción física a la nicotina.
- Psicológico: reductor de estrés, sentido propio de identidad y de la propia imagen
- Social: claves conductuales de relación social

La nicotina del tabaco llega al cerebro aproximadamente diez segundos después de que el fumador inhala una bocanada. La (S)-Nicotina se fija estereoselectivamente a los receptores de nicotina ubicados en el cerebro, los ganglios autónomos, la médula y las uniones neuromusculares. Los receptores neuronales colinérgicos nicotínicos son los más relevantes a la adicción a la nicotina⁵. Estos están ubicados en todas las áreas del cerebro, pero se concentran particularmente en la vía mesolímbica dopaminérgica -o “vía del placer-gratificación”- y en el locus ceruleus, un centro noradrenérgico en el cerebro.

La mayoría de los fumadores desarrollan dependencia: 90% de las personas que prueban un cigarrillo desarrollan adicción contra 10% de los que prueban alcohol. Un elemento indicativo de la dependencia es el tiempo pasado entre despertarse y encender el primer cigarrillo: 17% de los fumadores encuestados en Argentina encendían un cigarrillo en los cinco primeros minutos tras despertarse. El 23% fumaban más de 20 cigarrillos por día⁶.

• **Presentación: El tabaquismo como adicción.**

Tiempo asignado 30 minutos

Objetivos

- Profundizar en aspectos psicológicos y conductuales de la adicción
- Profundizar en los conceptos de dependencia, tolerancia y abstinencia

El concepto Dependencia de una sustancia, se refiere a un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los ítems siguientes; en algún momento, por un período continuo de doce (12) meses:

1. Tolerancia, definida por una o ambas de las siguientes características:
 - una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado
 - el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems:
 - el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ej desplazarse largas distancias) o en el consumo mismo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro)
6. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia

Síndrome de Abstinencia se caracteriza por:

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

• **Presentación: Niveles de intervención en cesación tabáquica: consejo, intervenciones breve e intensiva, intervenciones institucionales y de política sanitaria.**

Tiempo asignado: 30 minutos

Contenidos:

- Evidencia acerca de los distintos niveles de intervención para tratar la adicción al tabaco.
- Costo-efectividad, oportunidad y factibilidad de cada una de las intervenciones.
- Rol que puede desempeñar el equipo de salud en los diferentes niveles de intervenciones.

Los profesionales de la salud deberían incorporar la intervención breve de cesación tabáquica como parte de su práctica habitual, ya que es de baja intensidad y alto alcance



poblacional (si los implementa todo el equipo profesional en la consulta habitual de los pacientes fumadores).

Los expertos en tabaquismo son quienes brindan tratamientos específicos para dejar de fumar, con mayor tiempo de contacto con el fumador y en general están más especializados en la problemática del tabaco.

Las instituciones de salud, por su parte, tienen un rol trascendental al promover actividades de control del tabaco: ya sea promoviendo los ambientes libres de humo, financiando la investigación y capacitación, así como también destinando personal rentado para la realización de estas tareas, entre otras.

Las intervenciones comunitarias gubernamentales y no gubernamentales proveen una gama de estrategias de promoción del control del tabaco como educación, comunicación, cobertura de los tratamientos, legislación, etc. Es por ello que la articulación de los diferentes niveles de intervención es fundamental para el éxito del control del tabaquismo.

• INTERVENCIÓN BREVE. ETAPA DE CAMBIO.

Contenidos:

- Características de la intervención breve.
- Modelo Transteorético de Prochaska.
- Flujograma para evaluar la etapa de cambio.
- Entrevista motivacional: modelos de entrevista clínica y sus diferencias.
- Falsas creencias y trampas a evitar.



Intervención breve: práctica, sencilla y de corta duración. Puede ser implementada por todos los integrantes del equipo de salud. Además, puede realizarse en todo fumador. El objetivo principal es asegurar que todo fumador sea identificado cuando acude a consulta y se le ofrezca un pequeño espacio de reflexión, para favorecer la motivación o para brindarle tratamiento. Se pretende que los pacientes logren avances en el proceso de dejar de fumar y hagan intentos para conseguirlo.

Características:

- En general no supera las 4 consultas (dos de las cuales se realizan en la consulta general y otras 2 son especiales para completar el proceso de cesación).
- No supera los 30 minutos totales de intervención.
- Esta integrada por 5 pasos claves, por eso se la conoce como las “5 A”: Averiguar, Aconsejar, Animar, Ayudar y Acompañar.



1. Averiguar si el paciente fuma, es ex fumador o no fumador. Interrogar sobre su condición tabáquica (cigarrillos/día y desde cuándo, dependencia nicotínica, intentos previos y motivos de recaída). Se aconseja registrar la tensión arterial y el peso en la historia clínica.

2. Aconsejar a todo fumador, firme y convincentemente, de la importancia de dejar de fumar. Los mensajes deben ser claros, convincentes y personalizados.

3. Animar, valorando la disposición del paciente para dejar de fumar y en función de la misma programar una ayuda concreta. Si el paciente manifiesta claramente que no quiere dejar de fumar, habrá que realizar una entrevista motivacional, ofrecer nuestro apoyo y poner de manifiesto las ventajas de no consumir tabaco. Si el paciente no tiene claro qué hacer, se debe ofrecer ayuda y la posibilidad de un tratamiento. En cambio, si la persona está dispuesta a intentarlo, además de ofrecer ayuda hay que realizar una oferta terapéutica concreta y valorar la conveniencia de iniciar el proceso en ese mismo momento.

4. Ayudar al paciente a dejar de fumar: prepararlo para el día D; que solicite ayuda y colaboración de las personas que le rodean; informar acerca de los síntomas del síndrome de abstinencia para que, conociéndolos, le sea más fácil actuar; facilitar material adecuado que le sirva de apoyo e información; valorar la conveniencia de un tratamiento farmacológico de eficacia demostrada.

5. Acompañar: Acuerde al menos una visita dentro de la semana del día del abandono y otra al mes. Cuanto más intenso es el seguimiento mejor, ya que ayuda a prevenir la recaída. Por eso es importante concentrarlo en el corto plazo después de la cesación y no es necesario que se prolongue mucho en el tiempo.

MODELO TRANSTEORÉTICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTI:

A continuación se describen las etapas de cambio por las que pasa un fumador en el proceso de dejar de fumar, según el modelo transteorético.

Precontemplación: los fumadores no conocen o no consideran tener problemas con la adicción y no contemplan la posibilidad cierta de dejar de fumar.

Contemplación: Los fumadores reconocen tener un problema físico o psíquico causado por la adicción pero se muestran ambivalentes ante la decisión de cambio.

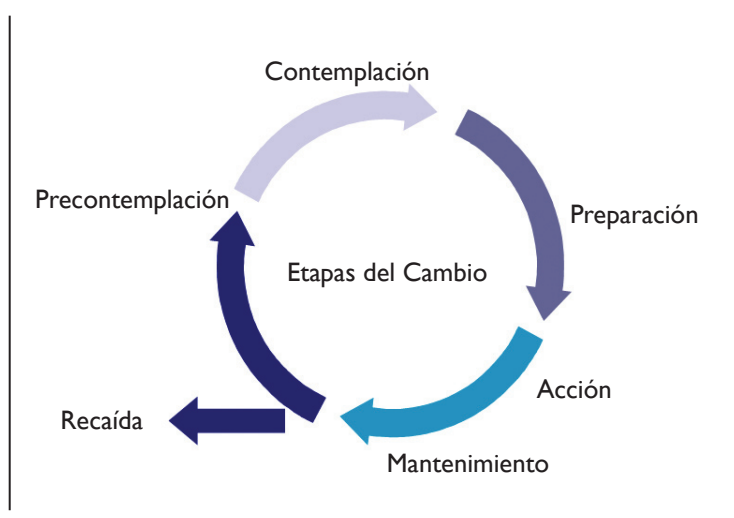
Preparación: La ambivalencia se va transformando en determinación para cambiar y aparece un plan de dejar de fumar en 30 días. Además, hubo un intento serio de dejar en los 12 meses previos.

Acción: El fumador comienza a modificar su conducta respecto de su adicción.

Mantenimiento: La persona desarrolla estrategias para mantenerse sin fumar.

Recaída: Después de un tiempo, la persona vuelve a fumar y pasa a cualquier de las etapas anteriores del proceso.

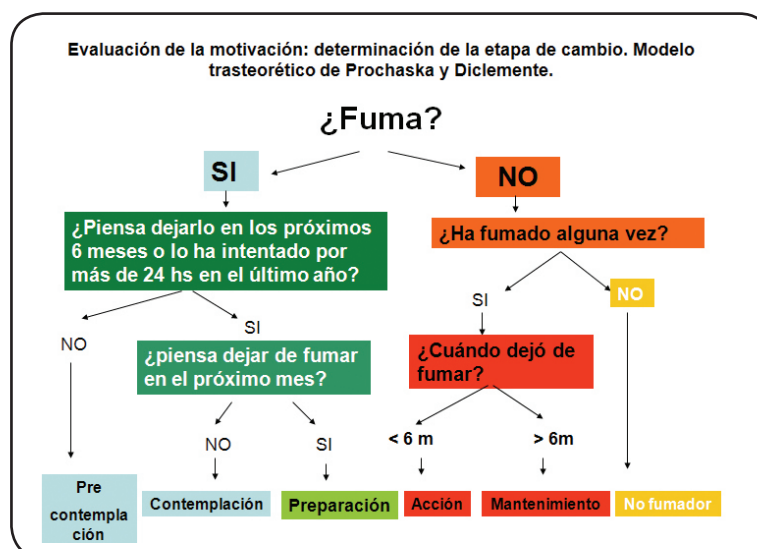
Finalización: la persona dejó de fumar y no se siente tentada de volver a hacerlo. Se dice que salió del ciclo.



Debe entenderse que:

- Dejar de fumar es un proceso.
- Los fumadores van avanzando por etapas hasta llegar a la fase de acción y mantenimiento.
- En ausencia de intervenciones planificadas los fumadores permanecen atrapados en etapas tempranas.
- La etapa en la que se encuentra el fumador se puede determinar fácilmente a partir de preguntas sencillas.
- En cada etapa se debe iniciar una intervención terapéutica.

El algoritmo que se presenta a continuación permite, con sólo 3 preguntas, evaluar la etapa de cambio y el grado de motivación de la persona para dejar de fumar.



Presentación: Evaluación motivacional.

Tiempo asignado: 60 minutos

La Entrevista motivacional, es una herramienta semiestructurada, que se aplica con el objetivo de establecer un espacio reflexivo, destructor de mitos y activador de expectativas de cambio.

Características:

1. La motivación para el cambio es generada desde el paciente, y no impuesto desde afuera.
2. Es tarea del paciente y no del profesional articular y resolver su ambivalencia.
3. La persuasión directa no es una buena forma de resolver la ambivalencia.
4. El estilo del profesional es generalmente tranquilo y reflexivo.
5. El profesional no es directivo en ayudar al paciente a examinar y resolver su ambivalencia, este es el principal obstáculo a resolver.
6. El estar listo para el cambio no es un rasgo del paciente, sino un producto fluctuante de la interacción interpersonal.
7. La relación terapéutica es más de acompañamiento que de experto/paciente.

Principios básicos del encuadre motivacional:

- Expresión de empatía. Escucha activa.
- Trabajar las discrepancias entre las metas o valores del paciente y su comportamiento.

• Presentación: Intervenciones motivacionales dirigidas a fumadores no preparados para dejar de fumar

Tiempo asignado: 45 minutos

Contenidos:

- Intervenciones específicas para los estadios de precontemplación y contemplación.
- Ejemplos de intervenciones clínicas.

Precontemplación:

- Concientización.
- Relaciones de ayuda.
- Qué no deben hacer los colaboradores.

Fase Precontemplativa

- ¿Por qué fuma?
- ¿Por qué comenzó a fumar?
- ¿Cómo piensa usted que el cigarrillo afecta su salud?
- ¿Esta ud. bien informado sobre los efectos del tabaco?
- ¿Cuáles son los factores que lo llevan a seguir fumando?
- Información breve y concisa.
- Problema de salud: el tabaquismo.
- Vincular los síntomas de consulta con el tabaquismo.

Contemplación:

- Trampas que no lo dejan avanzar.
- Activación emocional.
- Concientización.
- Identificación de las situaciones que lo llevan a fumar.
- Autoreevaluación.
- Balance decisional: consecuencias del cambio para mí y para los demás, reacciones propias como resultado del cambio, reacciones de los otros como resultado del cambio.

Fase Contemplativa

- ¿Cómo se siente en relación a su dependencia al tabaco?
- ¿Conoce realmente las consecuencias del fumar sobre Ud. y los suyos?
- ¿En qué momentos fuma?
- Considerar los PROS Y CONTRAS
- ¿Cuáles serían sus obstáculos para dejar de fumar?
- ¿Cuáles serían los beneficios?
- ¿Por qué no en el próximo mes?
- Valoración de los intentos previos: ¿qué funcionó, qué no funcionó?
- Temores o preocupaciones de dejar de fumar

Fase de Preparación**Trabajo grupal: Role playing de intervenciones breves con personas no preparadas para dejar de fumar. Casos en Precontemplación***Tiempo asignado: 60 minutos***Trabajo grupal: Role playing de intervenciones breves con personas no preparadas para dejar de fumar. Casos en Contemplación.***Tiempo asignado: 90 minutos*

Estos ejercicios sirven para practicar las estrategias apropiadas y vivenciar las distintas situaciones clínicas que se presentan en el trabajo con fumadores no preparados para dejar de fumar, que son los que se encuentran en las etapas de precontemplación y contemplación, de acuerdo al Modelo Transteorético de Prochaska.

La consigna de trabajo es preparar una dramatización entre dos personas en una consulta clínica: uno de ellos representará al profesional y el otro a un paciente.

En este tipo de trabajos grupales, es importante que los grupos, de no más de cinco personas, estén integrados por los distintos miembros del equipo de salud (médicos, psicólogos, enfermeros, etc.), para enriquecer las discusiones con los aportes de las diferentes disciplinas.

La distribución de las personas en los diferentes grupos, puede realizarse a través de la numeración, como en el caso del trabajo grupal de contraargumentos.

Una vez conformados los grupos, cada uno elegirá a los encargados de efectuar la dramatización. A partir de los pequeños guiones, cada equipo tendrá 20 minutos, aproximadamente, para discutir la preparación de la escena. Durante ese tiempo, es conveniente que los facilitadores pasen por cada uno de los grupos para responder dudas y orientar con el ejercicio.

Guiones:

Irene, una mujer de 35 años, es una encargada en una tienda de ropa femenina y está estudiando cosmetología. Llegó a psicoterapia porque últimamente se sentía muy ansiosa y su matrimonio no estaba pasando por un buen momento. Irene es fumadora de 2 paquetes por día, y si bien la psicóloga le ha señalado ese hecho y no le permite fumar durante la sesión, la respuesta de Irene ha sido, "es mi decisión y de algo hay que morirse". Hoy luego de cinco meses de tratamiento ha ido logrando un mejor diálogo con su marido y va sintiéndose mejor en ese aspecto, pero sigue fumando ...

(Esta persona, está en el estadio de precontemplación)

Juan llega a la consulta con una fuerte bronquitis. El médico le pregunta si es fumador y el responde que sí. Juan comenta que hace un año su esposa le imploraba que dejara de fumar, 15 años como fumador ya era suficiente. En todo momento le recordaba los peligros a la salud del fumar. Juan tuvo entonces cierto interés en modificar su conducta e ignoraba el constante bombardeo de su esposa hasta que sus sugerencias se volvieron demandas. Entonces Juan empezó a ir a un grupo para dejar de fumar, el cual dejó luego de un par de reuniones, diciéndole a su esposa "viste, te dije que no podría, espero que estés contenta ahora".

(Este es un caso de contemplación: él tomó una acción prematura, sabiendo que si fracasaba esta vez él podría impedir tener una próxima vez. Su esposa lo había empujado a iniciar esa acción de manera prematura).

Una mujer de 34 años se ha presentado en el consultorio con tos y fiebre. Al indagar si es fumadora responde que sí pero que le gustaría dejar de fumar, de hecho ha intentado en el último año, sobre todo porque tiene hijos pequeños. Narra además que se ha sentido un poco "bajoneada" en los últimos cuatro meses y que no ha tenido ganas de hacer nada. Estaba trabajando en un negocio como vendedora hasta hace cuatro meses pero le resultó difícil seguir trabajando o hacer cualquier otra cosa y lo dejó. Expresa su situación actual como "No encuentro alegría en la vida, no disfruto nada, no tengo interés en cosas que antes me importaban", algo similar a una situación que le pasó cuando tenía 22 años, cuando tuvo un quiebre nervioso.

(Esta persona está en el estadio de contemplación con depresión, parece preparación pero no es un buen momento).

Una vez pasado el tiempo previsto para esta primera parte, se solicita a cada grupo que realice la escenificación al frente. Después de cada dramatización, se deberían dedicar 5 minutos para que los participantes analicen qué fue lo que pasó. En este sentido, es fundamental que él o los facilitadores sistematicen los hallazgos y los errores más frecuentes de los distintos grupos, para realizar aportes que contribuyan a la comprensión de este tipo de abordajes y sus fundamentos.

Algunas preguntas para orientar la discusión, pueden ser:

- ¿Cómo se sintió el profesional?
- ¿Cómo se sintió el paciente?
- ¿Que estrategias se utilizaron?
- ¿Qué escucharon los demás?
- ¿Qué salió bien?
- ¿Qué faltó?
- ¿Que podría realizarse de manera diferente?
- ¿Las estrategias fueron motivacionales?

• **Presentación: Intervenciones dirigidas a fumadores listos para dejar de fumar. Estrategias psicológicas de tratamiento. Intervenciones adecuadas a cada etapa de cambio.**

Tiempo asignado: 1 hora y 30 minutos

Contenidos:

- Intervenciones específicas para los estadios de preparación, acción y mantenimiento.
- Importancia del seguimiento.
- Problemas residuales frecuentes.
- Recaída

Preparación:

- Autoreevaluación.
- Reacciones propias y ajenas como resultado del cambio.
- Hacer del cambio una prioridad
- Compromiso
- Evaluación del estado interno
- Hacer público el compromiso
- Apoyo social
- Establecer el gran día

Apoyo brindado por el equipo de salud

- Transmitir que existe un tratamiento efectivo para dejar de fumar.
- Que la mitad de la gente que alguna vez fumó, pudo dejar.
- Transmitir confianza en la capacidad de lograrlo.
- Ofrecer ayuda en forma directa.
- Ser abierto a las expresiones de duda, temores o sentimientos ambivalentes acerca de dejar de fumar
- Brindar información sobre la naturaleza del tabaquismo

Acción:

- El síndrome de abstinencia y su manejo
- Contracondicionamiento (estrategias sustitutivas)
- Ejercicio, alimentación y técnicas de relajación
- Control de estímulos
- Recompensas
- Oportunidades ambientales (ALH)
- Estrategias cognitivas
- Desarrollar recursos de afrontamiento alternativos al fumar (lograr asertividad y buscar nuevas formas de ocio).

Mantenimiento:

- Igualess procesos de cambio.
- Reconocer las situaciones que lo pueden llevar a la recaída.

Seguimiento: es imprescindible, si entendemos la dependencia al tabaco como enfermedad crónica. Debería hacerse al menos una consulta en la 1ª semana del abandono y otra al mes.

Objetivos:

- Reforzar abstinencia.
- Felicitarlo por los logros.

- Revisar lo beneficios de haber abandonado.
- Reforzar las razones por las que ha abandonado.
- Brindar atención de problemas residuales
- Manejo del estrés, de la abstinencia, del exceso de peso, del humor negativo, etc.

Recaída:

- Es necesario informarle a la persona que la recaída es posible.
- Alertar frente a las situaciones identificadas como disparadoras del deseo de fumar.
- Tener en cuenta poblaciones con comorbilidad en salud mental (Depresión, alcoholismo).

Trabajo grupal: Role playing de situaciones con personas listas para dejar de fumar e intervenciones breves en diferentes etapas de cambio y en poblaciones especiales. *Tiempo asignado: 1 hora*

Se sigue la misma dinámica que para el trabajo grupal anterior, en este caso, se usan las siguientes diapositivas o transparencias:

Un ejecutivo de 40 años que fuma 3 paquetes de cigarrillos al día se presenta para su control de rutina. El dice que le gustaría dejar de fumar pero que está teniendo muchas dificultades para lograrlo. Lo ha intentado dos veces en el último año, pero las presiones en el trabajo crecen y “vuelvo a fumar”. Su historia familiar es significativa en relación con enfermedad cardiovascular prematura y muerte.

Estadio de preparación con enfermedad cardiovascular

Paula, preocupada por los efectos de la nicotina a su futuro bebé, dejó de fumar durante el embarazo y la lactancia. Su esposo no fuma y a veces le menciona el tema. El día después del destete, empezó a fumar nuevamente y pronto llegó a fumar un paquete por día. Un día, cuando su hija tenía 18 meses, y fue corriendo a abrazarla se quemó con un cigarrillo que Paula estaba fumando. En ese momento Paula se sintió muy mal con ella misma y con su adicción. Inmediatamente decidió dejar de fumar pero sabía que necesitaría ayuda por eso se ha acercado al centro de salud. Cree que va a poder dejar aunque siente que esta vez va a ser un poco más difícil. Antes no tenía tantas responsabilidades, con el trabajo y la familia...pero lo intentará.

Madre de un bebé, en estadio de acción reciente

Rosa, que tiene 38 años, trabaja de vendedora en un comercio. Ha dejado de fumar hace una semana y no ha dormido muy bien, se siente irritable y le cuesta concentrarse en el trabajo. Antes para hacerlo prendía un cigarrillo. Es el mediodía y Rosa tiene una hora para salir a almorzar. Su novio la espera para que almuercen juntos. Justo cuando está por salir, la dueña del comercio le dice que tiene que ir a hacer un trámite y le pide que se quede atendiendo. Esto no es la primera vez que ocurre. Todas las mañanas Rosa piensa que ese día va a decirle a su patrona lo que piensa. Pero Rosa nunca se anima. Cada mediodía que su patrona la dejaba sin salir a almorzar, Rosa, llena de enojo, sacaba un cigarrillo. Pero ahora sabe que no debe hacerlo. Hoy pudo porque recordó lo que le dijeron en el centro de salud, pero mañana...

Mujer en estadio de acción reciente

Valeria tiene 23 años y hace ocho meses que dejó de fumar. Trabaja en una agencia de lotería durante el día y a la noche va a la escuela para terminar su secundario. Cuando salen al recreo, algunas de sus amigas de la escuela le ofrecen un cigarrillo y Valeria nunca acepta, porque sabe que eso la haría volver a fumar. Pero hoy, en el recreo, se le acercó Pablo, un chico que a Valeria le gusta mucho. Se puso a hablar con Valeria y le ofreció un cigarrillo. Valeria no supo qué hacer. La situación la tomó desprevenida. No quería decirle que ahora los cigarrillos le parecían

desagradables para no caerle mal a Pablo, no quería que él pensara que ella era una boba, ni tener que explicarle que había dejado de fumar. Confundida, sin decir nada, aceptó el cigarrillo y lo encendió. Como Pablo la invitó a salir, Valeria volvió a fumar el fin de semana cuando salieron juntos. Si las cosas continúan así, Valeria pronto estará fumando como hace ocho meses atrás...

Joven en momento de mantenimiento y recaída

Paula tiene 18 años, está embarazada y lleva cinco meses sin fumar. Viene al grupo de adolescentes embarazadas y le comenta a la psicóloga que el sábado tiene la fiesta de cumpleaños de su tío. Está preocupada porque toda su familia estará bebiendo alcohol, bailando y muchos de ellos, también estarán fumando. La mayor parte de sus amigas fuma y no entienden por qué ella dejó. Tampoco su pareja que prende cigarrillos delante de ella a pesar de su embarazo. No está segura de poder resistir la tentación frente al baile, la alegría y el exceso de alcohol.

Mantenimiento con población joven embarazada.

Miguel tiene 49 años y lleva sin fumar un año y medio, está convencido de que ya ha superado definitivamente su adicción al cigarrillo. Nunca pensaba en fumar ni en los cigarrillos. Ha llegado al centro de salud para hacerse ver una pierna ya que se ha golpeado fuerte en la fábrica donde trabaja. Le comenta al médico clínico que lo atiende desde siempre en el centro de salud, que en la fábrica hay rumores de despidos lo cual le preocupa. A la salida del trabajo, caminó lentamente unas cuadras y, cuando pasó por un kiosco pensó luego de mucho tiempo que bueno sería fumarse un cigarrillo... Esta vez no paró.

Mantenimiento y posible situación de recaída

• Presentación: Intervenciones dirigidas a fumadores listos para dejar de fumar. Tratamiento farmacológico

Tiempo asignado: 1 hora

Contenidos:

- Objetivos de la farmacoterapia.

Los medicamentos empleados para dejar de fumar tienen como fin:

Combatir los síntomas producidos por la abstinencia de nicotina

En el caso del reemplazo nicotínico proveer nicotina de una forma inocua, evitando el uso de cigarrillos

Reemplazar algunos de los efectos neurológicos de la nicotina

Aumentar la seguridad del fumador, disminuyendo la ansiedad y en algunos casos reemplazando el circuito boca-mano asociado a la recompensa.

- Por qué y cuándo usar fármacos en el tratamiento para dejar de fumar.

El uso de fármacos al menos duplica las chances de éxito de un intento de dejar de fumar. Deben indicarse como parte de un tratamiento integral y no como opciones aisladas. Todo fumador que intente dejar de fumar debería tener la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención. No están indicados en algunas circunstancias especiales tales como: consumo menor de 10 cigarrillos/ día, contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia.

- Opciones farmacológicas eficaces y sus mecanismos de acción.

Sustitutos nicotínicos: Existen diversas formas farmacéuticas de sustitutos (parches, chicles, spray nasal, inhalador bucal, y tabletas sublinguales). El principio activo es la nicotina (un potente estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) con receptor colinérgico específico) que ingresa a la sangre y llega al SNC, controlando los síntomas de abstinencia. En el caso de

los parches, además, desensibilizando los receptores nicotínico a los pulsos de nicotina que se producen con cada pitada (efecto de tolerancia).

Bupropión: antidepresivo atípico, no se conoce con exactitud su mecanismo de acción, aunque se sabe que inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina en los núcleos *accumbens* y *coeruleus*. Al aumentar los niveles de dopamina en el espacio sináptico (efecto similar al que provoca la nicotina) ayuda a controlar los síntomas de abstinencia. Estudios recientes muestran que sería un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de la acetilcolina. Esta actividad anti-nicotínica podría ser un contribuyente de su efecto terapéutico.

Vareniclina: agonista parcial de receptores colinérgicos nicotínicos. Reemplaza algunos de los efectos neurológicos de la nicotina sin producir adicción, lo que permite combatir el síndrome de abstinencia y producir la cesación. Es el fármaco más recientemente introducido.

- Costo-efectividad de la farmacoterapia.

La farmacoterapia para dejar de fumar duplica la chance de éxito de un intento de cesación y es altamente costo-efectiva por lo que, salvo circunstancias especiales, debe ofrecerse siempre como parte del tratamiento. Tanto los sustitutos de nicotina como el Bupropión constituyen fármacos de primera línea por lo que su elección depende de las preferencias del paciente, disponibilidad, costo, perfil de efectos adversos y contraindicaciones.

Trabajo grupal: Farmacoterapia

Tiempo asignado: 30 minutos

Se propone la discusión en pequeños grupos, a partir de las preguntas que se presentan a continuación. Para facilitar el desarrollo de esta dinámica, es conveniente distribuir la consigna por escrito y proponer, en cada grupo, la designación de un secretario, para que registre el intercambio ya note las respuestas, y un vocero para que realice la puesta en común.

Al igual que en ocasiones anteriores, es importante que los grupos estén integrados por los distintos miembros del equipo de salud (médicos, psicólogos, enfermeros, etc.), para favorecer un abordaje interdisciplinario en la discusión de cada equipo.

Luego de veinte minutos de trabajo grupal, se abre la puesta en común, a fin de consensuar y analizar las respuestas en plenario, para identificar aciertos y errores, además de responder dudas y consultas.

Consigna: discutir las siguientes preguntas y justificar las respuestas.

1- Marque verdadero o falso

- El tratamiento con fármacos es efectivo como herramienta individual aislada, por lo que puede suministrarse sin intervención psico-social asociada.*
- A todo fumador, se le puede ofrecer fármacos para dejar de fumar como parte del tratamiento básico de cesación tabáquica*
- Las embarazadas y los adolescentes pueden recibir fármacos sin inconvenientes*
- Fumadores de menos de 10 cigarrillos se benefician significativamente de la utilización de fármacos.*

2- ¿Cuáles de las siguientes son contraindicaciones absolutas para el uso de parches de nicotina?

- Uso de antidepresivos.*
- Hipertensión arterial.*
- Antecedentes de traumatismo de cráneo.*
- Ninguna es correcta.*

3- Indique cuál es la dosis de Bupropión más efectiva para la cesación tabáquica.

- a. 100 mg/día
- b. 150 mg/día a 300 mg/día
- c. Mas de 300mg/día
- d. Cualquier dosis es igualmente efectiva a partir de los 100 mg/día.

4- Lo consulta un paciente que lleva 7 días de abstinencia de tabaco, está en tratamiento con Bupropión (2 comprimidos por día) y refiere que tiene insomnio leve ¿Cuál de las siguientes conductas es incorrecta inicialmente?

- a. Normalizar el síntoma como algo esperable y transitorio en la abstinencia.
- b. Dar Alprazolam 1 mg (ansiolítico) 30 minutos antes de acostarse.
- c. Recomendar medidas generales para el insomnio y actividad física.
- d. Chequear la segunda dosis de Bupropión (evitar que sea nocturna).

5- Marque la opción correcta acerca del Bupropión y los parches de nicotina:

- a. El Bupropión es más efectivo que los tratamientos de sustitución nicotínica con parches.
- b. Las preferencias de los pacientes, las contraindicaciones médicas y el costo, constituyen criterios válidos para la selección del fármaco inicial.
- c. Si alguien ya utilizó Bupropión en un intento previo y recayó, entonces está indicado rotar a parches en el siguiente intento de cesación.
- d. El tratamiento combinado con Bupropión y parches muestra tasas muy superiores de eficacia, por lo que la combinación debe usarse con frecuencia.

6- Indique la opción incorrecta para la farmacoterapia con parches de nicotina

- a. En caso de prescribir parches de nicotina casi todos los fumadores deberían recibir inicialmente parches de 30 cm² (los más grandes).
- b. El descenso progresivo de la dosis del parche es fundamental para evitar la dependencia a la nicotina del parche.
- c. El parche es tan efectivo cuando se usa 8 semanas que cuando se usa 12 semanas post cesación.
- d. El parche de nicotina disminuye los síntomas de abstinencia física a través de la provisión de nicotina y desensibiliza los receptores nicotínicos al efecto de dicha droga.
- e. El parche de nicotina se indica a partir del día D (día en que se deja de fumar) y se coloca un parche cada 24 horas.

7- Indique verdadero o falso a cada opción.

- a. El Bupropión se comienza a indicar el día que se deja de fumar (día D)
- b. El Bupropión es más efectivo que los sustitutos nicotínicos, por lo que constituye la primera elección antes que los parches.
- c. Para la cesación, la dosis de 300 mg diarios de Bupropión es significativamente más eficaz al año que la dosis de 150 mg diarios.
- d. Las personas epilépticas, alcohólicas o con trastornos alimentarios severos no pueden recibir Bupropión, dado que constituyen contraindicaciones formales.

8- Marque la frase correcta acerca de los tratamientos de sustitución nicotínica (parches, chicles, spray nasal, bucal y tabletas sublinguales):

- a. Todos son eficaces para la cesación y duplican la tasa de éxito.
- b. Todos tienen la misma tasa de adherencia (cumplimiento del tratamiento).
- c. Ninguno de ellos genera dependencia.
- d. Todos ellos generan niveles de nicotina en sangre permanentes y similares.

9- ¿Cómo le indicaría la utilización del parche a un paciente?

10- ¿Cómo le indicaría la utilización del chicle de Nicotina a un paciente?

11. ¿Cómo le indicaría la utilización de spray nasal de nicotina a un paciente?

Trabajo grupal: Role playing de situaciones con personas listas para dejar de fumar e intervenciones breves en diferentes etapas de cambio y en poblaciones especiales (adolescentes, mujeres embarazadas, comorbilidad psiquiátrica).

Tiempo asignado: 1 hora

Se sigue la misma dinámica que en los trabajos de roles playing anteriores, se continúa con la representación de los casos del trabajo grupal anterior (Página 36 y 37).

Bibliografía Citada:

1. Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington: Banco Mundial, 1999.
2. Taylor Jr DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ. Benefits of Smoking Cessation for Longevity. Am J Public Health 2002; 92:990-6.
3. Videla AJ, Verra FB, Zabert GE, et al. Smoking Prevalence among Hospital- Based Physician in Argentina. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175:A 603.
4. Minervini MC, Zabert GE, Rondelli MPP, et al. Tobacco use among Argentine Physicians : Personal Behaviour and Attitudes. Revista Argentina de Medicina Respiratoria 2006; 3:100-5.
5. Benowitz NL. Nicotine addiction. Prim Care 1999; 26:611-31.
6. Programa Nacional de Control del Tabaco. Encuesta de tabaquismo en grandes ciudades de Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2004.

Bibliografía complementaria:

- Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud, 2005.
- Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD001188. Review
- Lancaster T, Stead L. Consejo médico para dejar de fumar . Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4): CD000165. Review
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24;(1):CD006103. Review.
- Fiore, MC., Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md, 2000. AHRQ publication N° 00-0032.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD001007. Review.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD000146. Review.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24;(1):CD000031. Review.
- Prochaska JO, DiClemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. Psychotherapy Theory Res. Prax. 1982; 19:276-88
- Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente C, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. J Consult. Clin. Psicol. 1988;56:520-8
- Jorenby D, Hays J, Rigotti N, et al. Efficacy of Varenicline, an alpha 4 beta 2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation. A Randomized Controlled Trial. JAMA 2006;296: 56-63.

MÓDULO 4

EVALUACIÓN Y CIERRE DEL CURSO

Evaluación

Tiempo asignado 1 hora

La evaluación se realizará a través de un trabajo individual escrito. Se podrá usar cualquier estrategia coherente con la modalidad de enseñanza. Puede proponerse exámenes de elección múltiple, o modalidad con preguntas abiertas o cerradas a desarrollar, o bien una evaluación a partir de un caso.

Reflexión final y cierre del curso

El cierre es una parte importante de una capacitación, porque permite valorar lo aprendido y lo que ha aportado cada uno y reforzar la motivación de las personas para el trabajo no sólo en brindar tratamientos para dejar de fumar, sino también para comprometerse en otros aspectos relacionados con el control del tabaco.

Por eso es importante que, más allá de la evaluación propuesta, el facilitador coordine una reflexión final acerca de lo sucedido a lo largo del curso, para que los participantes expresen cuáles fueron los aprendizajes y las dificultades más importantes, y si en definitiva se cumplió con sus expectativas y sus necesidades de formación al iniciar el curso.

Además de pedir que cada uno se exprese verbalmente, se puede solicitar a los participantes que vuelquen sus ideas en un breve cuestionario, para ser respondido en no más de 10 o 15 minutos. Este cuestionario debería incluir preguntas tales como: si el tiempo destinado al curso fue suficiente, si la información recibida es útil para el trabajo, si la capacitación cumplió con sus expectativas, qué críticas podrían realizarse a lo trabajado, etc.

Finalmente, luego de escuchar las ideas y sensaciones de los participantes y del facilitador, éste procede a clausurar el curso con expresiones de agradecimiento para colaboradores y participantes, y con la entrega de los certificados de asistencia. Asimismo, recordará los plazos y modalidades para la entrega de los certificados de aprobación del curso, una vez corregidas las evaluaciones.

Incluimos aquí un cuestionario de opinión.

CUESTIONARIO DE OPINIÓN

Deseamos conocer su opinión sobre lo experimentado en el curso durante estos días por eso le pedimos responda a las siguientes preguntas, su comentario sincero nos ayudará a mejorar nuestra labor

I. ¿Considera que el tiempo destinado al curso ha sido suficiente?

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

.....

.....

.....

2. ¿La información suministrada ha sido pertinente para su trabajo?

- a. Si
b. No

¿Por qué?

.....

.....

.....

3. ¿Las ponencias, han sido? (Marque con una cruz)

	SI	NO
<i>Muchas</i>		
<i>Las necesarias</i>		
<i>Interesantes</i>		
<i>Repetitivas</i>		
<i>Novedosas</i>		

4. ¿Los trabajos grupales en talleres, han sido? (Marque con una cruz)

	SI	NO
<i>Muchos</i>		
<i>Los necesarios</i>		
<i>Interesantes</i>		
<i>Adecuados</i>		

5. El curso ha cubierto sus expectativas iniciales

- a. Si
b. No

¿Por qué?

.....

.....

.....

PROPUESTA PEDAGÓGICA

Desde la posición constructivista, el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano. ¿Con qué instrumentos realiza la persona dicha construcción? Fundamentalmente con los esquemas que ya posee, es decir, con lo que ya construyó en su relación con el medio que lo rodea.

La idea principal es que el aprendizaje de nuevos conocimientos depende de la medida de lo que ya se conoce. La construcción del conocimiento comienza con nuestra observación y reconocimiento de eventos y objetos, a través de conceptos que ya poseemos.

Ausubel y otros formularon la teoría del aprendizaje significativo, donde se considera que los nuevos conocimientos se deben incorporar en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Para ello la propuesta debe tener en cuenta:

- *Significatividad lógica del material: el material que presenta el docente al estudiante debe estar organizado, para que se dé una construcción de conocimientos.*
- *Significatividad psicológica del material: que el alumno conecte el nuevo conocimiento con los previos y que los comprenda.*
- *Actitud favorable del alumno: el aprendizaje no puede darse si el alumno no quiere; hay un componente de disposiciones emocionales y actitudinales, en donde el docente sólo puede influir a través de la motivación.*

Esta propuesta pedagógica enfatiza el aprendizaje autónomo y permanente, donde la apropiación del saber implica esfuerzos a los participantes por construir sus propios conocimientos, puntos de vista y valoración de sus experiencias. Es por ello que, en este caso, el rol del docente se centra en la asistencia y apoyo al alumno para que éste construya el conocimiento.

Este proceso de aprender a aprender se estimula con la resolución de problemas por parte del alumno. En este sentido, es importante contar con materiales educativos para lograr que el alumno desarrolle su propio aprendizaje.

Aportes teóricos que sustentan el modelo planteado

A partir del enfoque definido anteriormente, el objetivo de la educación es crear situaciones óptimas para que se dé el diálogo entre los sujetos, en condiciones de creciente democracia e igualdad. Se trata entonces de un abordaje comunicativo, que considera el aprendizaje como un proceso de interacción entre los participantes, que ayuda a las personas a reflexionar sobre sus ideas y prejuicios, para así poder modificarlas si lo considera preciso.

En este sentido, el lenguaje hablado y escrito adquiere una posición relevante como mediador del aprendizaje. Vigostky aporta el concepto de Desarrollo Próximo y lo define como: "... la distancia entre el Nivel de Desarrollo Real determinado por la resolución independiente de problemas y el Nivel de Desarrollo Potencial estimado a través de la resolución de problemas bajo la guía de un adulto o en cooperación con compañeros más capaces" (Vigostky 1978, p.84)

El aprendiz siempre se encuentra en la Zona de Desarrollo Próximo, ya que el aprendizaje puede cubrir continuamente nuevos e inesperados progresos cognitivos

cualitativos en direcciones no pronosticadas ni pronosticable. Esto es así porque el desarrollo es un proceso sin meta prefijada de antemano.

Por lo tanto, la enseñanza fructífera debe trabajar en la Zona de Desarrollo Próximo. Además, en el plano psicológico, esta teoría supone revitalizar los procesos de comunicación y negociación, porque sólo a través de ellos se puede tomar conciencia de las propias contradicciones y hacer surgir las incertidumbres y dudas que crean la necesidad de verificar el propio conocimiento.

Los módulos y las tutorías con el docente funcionan como un pivote que, a través de la interacción con el material, harán posibles la adquisición de la información. En este caso, el rol de mediador no sólo lo desempeñan las personas sino también los materiales y recursos utilizados para facilitar el aprendizaje.

Los procesos de transformación del conocimiento no se dan ni pueden darse en el vacío, sino fuertemente inscriptos en un procedimiento educativo que supone apropiarse de la cultura, de conocimientos específicos. El aprendizaje mediado se concibe así, como la vía humana al desarrollo cognitivo.