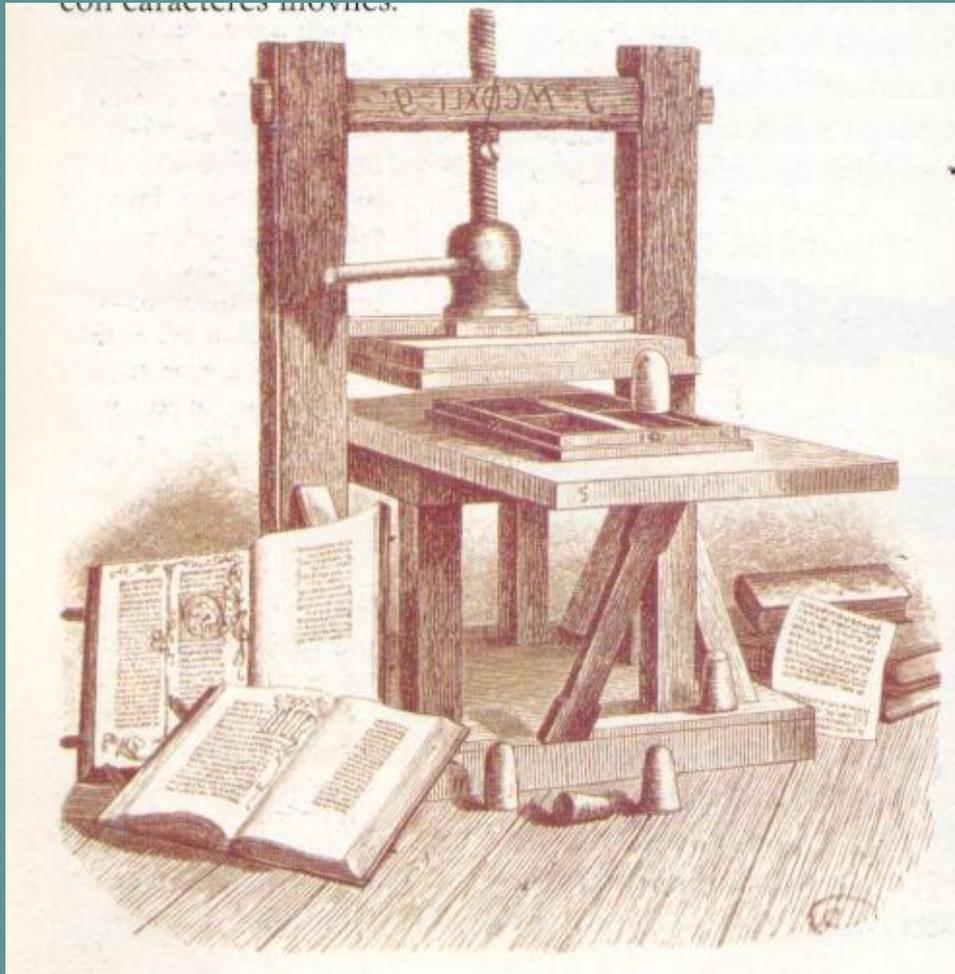


Material de ayuda y herramientas más útiles para el abordaje del tabaquismo



Manual de instrucciones

Material editado

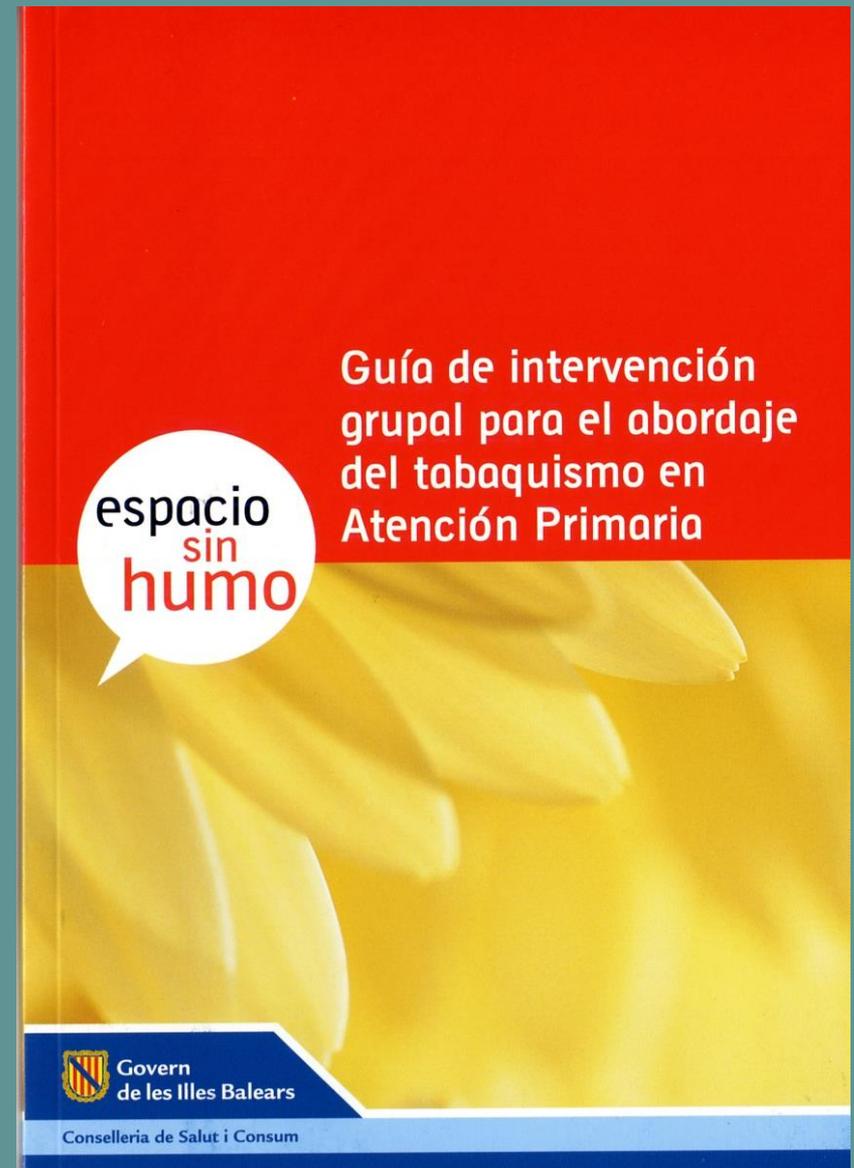


- ◆ Folletos informativos
- ◆ Guías para profesionales
- ◆ Guías de ayuda para dejar de fumar
- ◆ Manuales de ayuda para dejar de fumar
- ◆ Posters
- ◆ Tarjetas de cooximetria
- ◆ Pegatinas
- ◆ ...

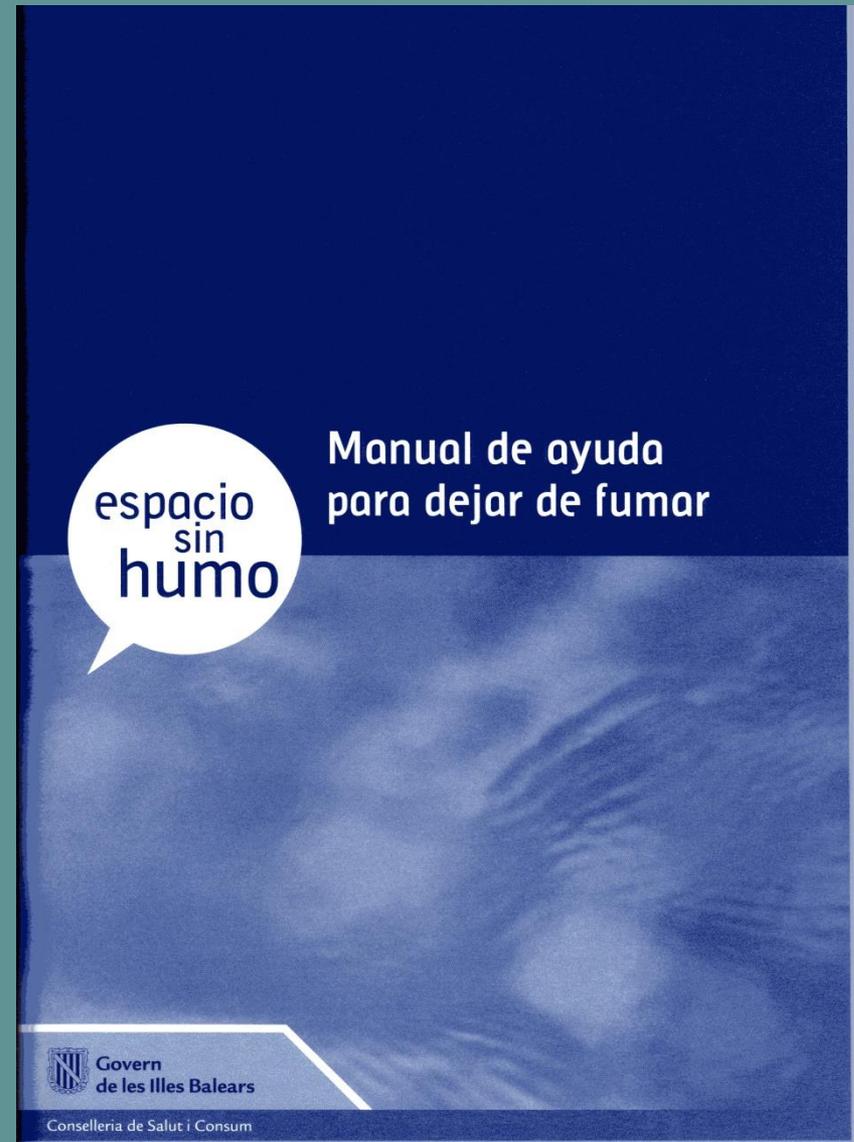
Folletos informativos



Guías para los profesionales



Manuales de ayuda para las personas fumadoras



Posters



espacio
sin
humo

www.portalsalut.caib.es
servei crida 902 075 727 pladrogues@dgsanita.caib.es

**SI FUMAS y quieres dejarlo...
PODEMOS AYUDARTE**

Solicita información
en tu Centro de Salud
o en tu Unidad de Salud Laboral

 Govern
de les Illes Balears
www.caib.es

Test diagnósticos

- ◆ Dependencia nicotínica
- ◆ Motivación

1 – Cuantos cigarrillos fuma diariamente?

Menos de 11.....0

Entre 11 y 20.....1

Entre 21 y 30.....2

Más de 30.....3

Test de Fagerström



2- Fuma más por la mañana que por la tarde?

Si.....1

No.....0

3 – Cuando fuma el primer cigarrillo después de despertarse?

En el momento de levantarse.....3

Entre 6 y 30 minutos.....2

Entre 31 y 60 minutos.....1

Más de 1 hora después.....0

4 – Que cigarrillo considera más importante?

El primero.....1

Otro.....0

5 – Fuma también cuando está enfermo (gripe, faringitis, catarro)?

Si.....1

No.....0

6 – Le cuesta trabajo no fumar donde está prohibido (cine, autobús, etc...)?

Si.....1

No.....0

Resultados: <3 poco dependiente, 4-6 dependiente, más de 7 muy dependiente



Test de Henri Mondor

POSIBILIDADES DE ÉXITO

- 14 puntos o más:
Altas posibilidades de éxito
- de 10 a 13 puntos
Bastantes posibilidades de conseguirlo
- de 6 a 9 puntos
Puedes tener alguna dificultad superable
- menos de 6 puntos
Medita si éste es el momento

| | SITUACIÓN PERSONAL | Puntos |
|----|--|--------|
| 1 | Vengo por decisión personal | 2 |
| | Vengo por consejo profesional | 1 |
| | Vengo por indicación familiar | 1 |
| 2 | Voy a estar en mejor forma física | 1 |
| 3 | Quiero hacer deporte o ya lo hago | 1 |
| 4 | Necesito liberarme de esta dependencia | 2 |
| 5 | No tengo problemas profesionales | 1 |
| 6 | Voy a cuidar mi aspecto físico | 1 |
| 7 | Estoy embarazada o mi pareja lo está | 1 |
| 8 | Mi relación familiar es satisfactoria | 1 |
| 9 | Tengo hijos pequeños | 2 |
| 10 | He dejado de fumar más de una semana | 1 |
| 11 | Siempre consigo lo que quiero | 1 |
| 12 | Me encuentro con buena moral actualmente | 2 |
| 13 | Soy de temperamento tranquilo | 1 |
| 14 | Tendré una calidad de vida mejor | 2 |
| 15 | Mi apetito es habitualmente estable | 1 |
| 16 | Mi peso normalmente se mantiene igual | 1 |
| | TOTAL PUNTOS | |

Razones para dejar de fumar y razones para seguir fumando

| Razones para dejar de fumar | Razones para seguir fumando |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">---------  A cartoon illustration of a man in a green shirt and blue pants stepping on a lit cigarette with his foot. The cigarette is on the ground, and a small flame is visible. The man is looking down at the cigarette. | <ul style="list-style-type: none">---------  A cartoon illustration of a man in a green shirt and blue pants sitting on a stool, smoking a cigarette. Above his head is a large question mark and exclamation point, indicating a state of confusion or uncertainty. |

Cooxímetro



Test Monóxido
de Carbono

espacio
sin
humo



Govern
de les Illes Balears

Conselleria de Salut i Consum

Cooxímetria

Técnica

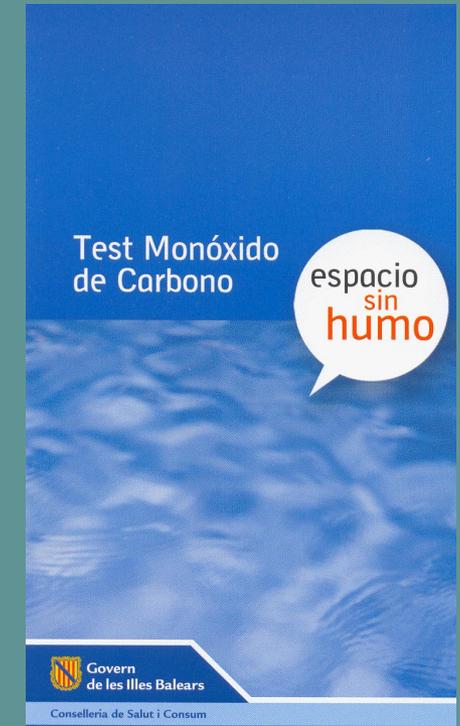
- Inspiración profunda
- Mantener apnea 15-20 segundos
- Espiración lenta, prolongada y completa
- Esperar hasta que el indicador se estabilice

Resultados y Valoración

- 10 o más ppm de CO: fumadores
- entre 6 – 10 ppm de CO: fumadores esporádicos
- menos de 6 ppm de CO: no fumadores

Situación Ideal

- No fumar 1 hora antes
- No caramelos ni xiclets 1 hora antes
- No exposición a ambientes de contaminación 1 hora antes



Información subliminal



Tratamiento Farmacológico

Valorar...

- Nivel de dependencia física (T.Fagerström)
- Intentos anteriores y causas de fracasos
- La forma en como se esta desarrollando el proceso en cada persona

- TSN
 - Chicles
 - Comprimidos
 - Parches
- Bupropión
- Vareniclina



Material audiovisual

- ◆ Presentación PowerPoint para grupos
- ◆ Conferencia para población general
- ◆ Presentación PowerPoint de prevención del tabaquismo
- ◆ Documentales/Películas
- ◆ Videos diversos



Registros diversos



Historia tabáquica



HISTORIA TABÁQUICA

Fecha.....

NOMBRE Y APELLIDOS _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____ C.P. _____

Teléfonos _____

-
- Edad de inicio al tabaquismo _____
 - ¿Ha dejado de fumar alguna vez?: si _____ ¿cuántas? _____
no _____
 - Si ha dejado de fumar alguna vez, la que más tiempo se mantuvo sin fumar fue:
menos de 6 meses _____
más de 6 meses _____
más de 1 año _____
 - ¿Cuál fue la causa de que volviese a coger un cigarrillo?

-
- Marca de tabaco que consume _____ Nic. _____
Alq. _____
 - Número de cigarrillos al día _____ Número de caladas: Muchas _____
Bastantes _____
Pocas _____
 - Consume los cigarrillos: Hasta la mitad _____
Más de la mitad _____
Hasta el filtro _____

ENTORNO FAMILIAR Y CONVIVENTES

Padres fumadores: Padre: si _____ no _____ Madre: si _____ no _____

Tiene pareja: si _____ no _____ si tiene, fuma: si _____ no _____

Nº hijos: _____ ¿Cuántos fuman? _____

ENTORNO PROFESIONAL

Profesión _____ Horario de trabajo _____

Compañeros fuman: si _____ no _____ Humo ambiental en entorno laboral si _____ no _____

-
- ¿Padece en este momento alguna enfermedad relacionada con el tabaco?
Si _____ ¿cuál o cuales? _____
No _____
 - ¿Algún síntoma le indica que el tabaco le está haciendo daño?
Si _____ ¿cuál o cuales? _____
No _____
 - ¿Alguien profesional de la salud le ha recomendado alguna vez que dejara de fumar?

Pantalla completa ▾

Cerrar pantalla completa

MATERIAL PER A GRUPS DE DESHABITUACIÓ TABÀQUICA

| SESSIONS | MATERIAL |
|----------------|---|
| 1 ^a | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Planilla del grup</u> (llista dels assistents) • <u>CD</u> (informació sobre Tabaquisme) • <u>Material didàctic divers</u>: Pot Quitrà, etc... (opcional) • <u>Manuais d'ajuda</u> (per a ells, el duran sempre) • <u>Història Tabàquica</u> (fotocòpies per a ells) • <u>Autoregistre diari de consum</u> (fotocòpies per a ells) • <u>Cooxímetre i boquilles</u> (opcional la primera sessió) • <u>Tarjetes de control de Cooximetries</u> (opcional la primera sessió, per a ells, la duran sempre) • <u>Gometa elàstica i paper per embolicar</u> (de regal, etc...) |
| 2 ^a | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Quadern d'anelles i sobres de plàstic</u> (opcional) • <u>Full de control i seguiment</u> (un per cada assistent) • <u>Bàscula</u> • <u>Tensiòmetre</u> • <u>Cooxímetre i boquilles</u> • <u>Tarjetes de control de Cooximetries</u> (per a ells, la duran sempre) • <u>Autoregistre diari de consum</u> (fotocòpies per a ells) |
| 3 ^a | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cooxímetre</u> • <u>Autoregistre diari de consum</u> (fotocòpies per a ells) |
| 4 ^a | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cooxímetre</u> • <u>Autoregistre diari de consum</u> (fotocòpies per a ells) |
| 5 ^a | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cooxímetre</u> • <u>Autoregistre diari de consum</u> (fotocòpies) • <u>Material audiovisual</u> (opcional) |
| 6 ^a | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Bàscula</u> • <u>Tensiòmetre</u> • <u>Cooxímetre</u> • <u>Diplomes</u> (un per assistent que ha deixat de fumar) |

[Pantalla completa ▼](#)
[Cerrar pantalla completa](#)

GRUP DE DESHABITUACIÓ TABÀQUICA

CENTRE DE SALUT: _____

Grup nº _____

DATA: del _____

al _____

Dia de la setmana _____

Horari: _____



| Nº | NOM I LLINATGE | Clau Personal | TEL | METGE | 1s | 2s | 3s | 4s | 5s | 6s |
|----|----------------|---------------|-----|-------|----|----|----|----|----|----|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |

Pantalla completa ▾

Cerrar pantalla completa

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. CONTROL Y SEGUIMIENTO

Nombre.....

Teléfonos.....

Medico.....

1ª Semana Fecha.....

Nº de cigarrillos consumidos al inicio del tratamiento.....

CO.....COHb.....(opcional)

Historia Tabáquica (solicitar)

2ª Semana Fecha.....

Nº de cigarrillos consumidos por día durante esta última semana.....

CO.....COHb.....T.A.....Peso.....

T. Fagerström (puntuación).....T. Motivación (puntuación).....H.Tabáquica(recoger)

Pareja fuma.....(si fuma, nº cigarrillos.....)

3ª Semana Fecha.....

Nº de cigarrillos consumidos por día durante esta última semana.....

CO.....COHb.....Tto. farmacológico (opcional).....

Síntomas del síndrome de abstinencia.....

4ª Semana Fecha.....

Nº de cigarrillos consumidos por día durante esta última semana.....

CO.....COHb.....Tto. farmacológico (opcional).....

Síntomas del síndrome de abstinencia.....

5ª Semana Fecha.....

Nº de cigarrillos consumidos por día durante esta última semana.....

CO.....COHb.....Tto. farmacológico (opcional).....

Síntomas del síndrome de abstinencia.....

6ª Semana Fecha.....

Nº de cigarrillos consumidos por día durante esta última semana.....

CO.....COHb.....T.A.....Peso.....

Pareja fuma.....(si fuma, nº cigarrillos.....)

Síntomas del síndrome de abstinencia.....

Beneficios del abandono tabáquico.....

Control 1 mes..... Fuma..... Pareja.....

Control 3 mes..... Fuma..... Pareja.....

Control 6 mes..... Fuma..... Pareja.....

Control 12 mes..... Fuma..... Pareja.....

Observaciones

Pantalla completa ▾

Cerrar pantalla completa

REGISTRE D'ACTIVITAT D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT
PROGRAMA DE DESHABITUACIÓ TABAQUICA PER A GRUPS



CENTRE DE SALUT:

GRUP N°:

DATA DE COMENÇAMENT DEL GRUP:

DATA ACABAMENT DEL GRUP:

PERSONES CONVOCADES:

(Persones que confirmen la seva assistència)

PERSONES QUE COMENÇEN:

(Persones que acudeixen a la primera sessió)

PERSONES QUE ACABEN:

(Persones que han acudit a les sis sessions o que si han faltat a alguna l'han justificada)

DE LES QUE ACABEN, QUANTES NO FUMEN?:

DE LES QUE HAN ACABAT I NO FUMEN,
QUANTES PERSONES HAN EMPRAT
TRACTAMENT FARMACOLÒGIC?:

Teràpia substitutiva de Nicotina (Pegats,
Xiclets):

Bupropiòn/Vareniclina:

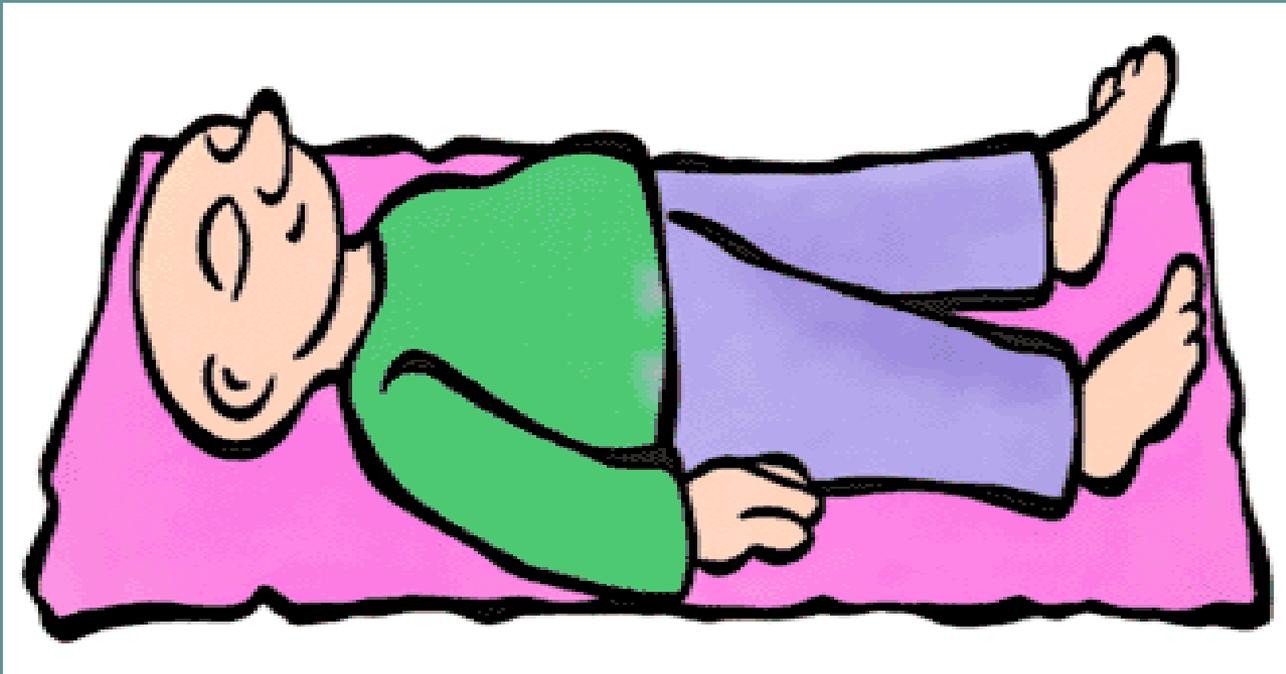
Altres:

NOM DELS CONDUCTORS DE
L'ACTIVITAT:

COMENTARIS:

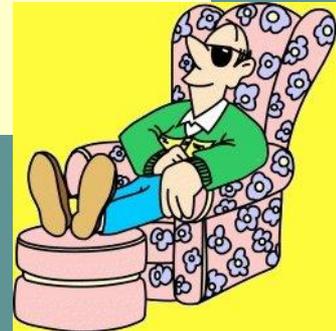
Aliados a tener en cuenta

Técnicas de relajación



Técnicas de relajación

1. Siéntese cómodamente procurando tener su espalda recta y relajada, las piernas sin cruzar y ligeramente separadas. Ponga sus manos sobre la barriga.
2. Respire con normalidad.
3. Inspire profunda y lentamente por la nariz intentando conducir el aire hacia la base de los pulmones. Observe como el músculo diafragma baja y empuja el abdomen hacia fuera elevando sus manos.
4. Retenga el aire contando hasta 10.
5. Después empiece a espirar muy lentamente.
6. Repita este ejercicio varias veces durante unos minutos.
7. Practíquelos cada día cuantas veces sea necesario. Si se producen mareos, baje la intensidad, no lo fuerce.



Aliados a tener en cuenta

Ejercicio



Aliados a tener en cuenta

