

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO DOCENTE "Camilo Cienfuegos"

Título: Estrategia de intervención educativa sobre el tabaquismo dirigida a adolescentes en el CMF 5.

Autora: Dra. Dayana Herrera Gil.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral.

Chambas.

2022.

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA .
POLICLINICO DOCENTE “Camilo Cienfuegos”

Título: Estrategia de intervención educativa sobre tabaquismo en adolescentes del
C M F 5.Policlinico Julio Castillo

Tesis para optar por el título de especialista de 1er. Grado en Medicina General
Integral.

Autora: Dra. Dayana Herrera Gil.

Residente 3er. Año en Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Lizsety González Rodríguez.

Especialista en 1er grado en M G I, Profesora Asistente.

Chambas, 2022.

PENSAMIENTO

En la Tierra hacen falta personas que trabajen más y critiquen menos, que construyan más y destruyan menos, que prometan menos y resuelvan más, que esperen recibir menos y dar más, que digan mejor ahora y no mañana.

Che.

DEDICATORIA

A mis Padres:

Por ser ejemplo, por darme todo el apoyo y comprensión en mis estudios y trabajo.

A G R A D E C I M I E N T O S

A todos los que de una forma u otra me han ayudado en la realización de este trabajo.

M u c h a s G r a c i a s .

RESUMEN

Se realizó un estudio pre experimental de intervención educativa del tipo antes-después en adolescentes pertenecientes al consultorio médico de familia No 5 del área de salud Camilo Cienfuegos del Municipio Chambas, con el objetivo de implementar un programa educativo que contribuya a elevar el nivel de conocimientos sobre tabaquismo. El universo estuvo constituido por los 95 adolescentes comprendidos dentro de las edades de 14-19 años pertenecientes al consultorio, a las cuales se les aplicó un muestreo aleatorio simple utilizando el procedimiento de números aleatorios (33%), quedando la muestra constituida por 50 pacientes, a los cuales se les aplicó la encuesta (Anexo # 2) para identificar sus conocimientos sobre tabaquismo antes y después de la intervención. En la investigación hubo un predominio del sexo masculino y el grupo de edad de 14-16 años. Antes de implementar el programa educativo la mayoría de los adolescentes presentaron un deficiente conocimiento sobre el concepto, factores de riesgo, enfermedades provocadas por el tabaquismo y prevención de la adicción. Después de implementada la estrategia educativa se elevó el conocimiento en la mayoría de los adolescentes sobre el hábito de fumar, lográndose una modificación positiva en el nivel de conocimientos general.

Palabras clave: ADOLESCENCIA; TABAQUISMO; INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

ÍNDICE

Páginas.

Introducción.....	8-9
Marco Teórico.....	9-15
Materiales y Métodos.....	15-21
Resultados y Discusión.....	21
Conclusiones.....	29
Recomendaciones.....	30
Referencias bibliográficas.....	32-55
A nexos.	

Introducción.

El tabaquismo, es definido como la intoxicación crónica que se produce por el abuso del tabaco, constituye la primera causa de mortalidad evitable, uno de los más importantes problemas que ponen en riesgo no solo la salud del individuo fumador, sino también la de las personas que conviven cotidianamente con fumadores, denominados fumadores pasivos. Es una enfermedad adictiva y recidivante que afecta aproximadamente a un tercio de la población adulta mundial. Fumar es algo más que prender un cigarro y expeler el humo, se trata de un hábito que configura un estilo de comportamiento, un complejísimo conjunto de acciones que se asocian a varadas percepciones y estados placenteros que afianzan sus raíces en diversos procesos psicosociales, bioquímicos y fisiológicos.¹

El tabaco es un producto de la agricultura originario de América. Un fumador es una persona que consume y algunas veces depende del tabaco o simplemente fuma habitualmente.

Desde su descubrimiento, se ha ido incrementando el número de personas fumadoras, tan es así que puede considerarse que el consumo crónico del tabaco constituye en la actualidad un fenómeno social que afecta indistintamente a todos los sectores de la población y constituye uno de los mayores problemas con que las autoridades sanitarias se enfrentan. Se considera una epidemia de carácter universal y es una gravosa carga para el individuo, la familia y la sociedad.¹ El tabaquismo, definido como la intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco, constituye la primera causa de mortalidad evitable², es uno de los más importantes problemas que ponen en riesgo, no solo la salud del individuo fumador, sino también la de las personas que conviven cotidianamente con fumadores, denominados fumadores pasivos.

El tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muerte evitable en la mayoría de los países. La mortalidad atribuible al tabaquismo, se produce básicamente por cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades vasculares. El riesgo

de muerte es importante para cualquier grupo etario y es proporcional al número de cigarrillos diarios consumidos y al tiempo de duración de la adicción.

La adolescencia es la etapa marcada por notables cambios y alteraciones psicofísicas, cognitivas, sexuales, emocionales, sociales, que da paso progresivamente a la adquisición de la autoestima e independencia personal, tanto como a la adaptación social. Es una etapa evolutiva en la que los adolescentes toman decisiones independientemente de sus progenitores, mientras desarrollan patrones de comportamientos diferentes a los de la infancia. Algunos de ellos pueden ser considerados de riesgo porque pueden tener repercusiones negativas tanto en su bienestar como en su edad; dicha etapa es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas.⁴

El consumo de cigarrillos con mayores concentraciones de nicotina y alquitrán, se puede relacionar con mayor mortalidad.

Según estadísticas de la OMS, en el mundo fuman aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexo, el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres consumen una media de 14 cigarrillos por día³.

De las cifras citadas anteriormente, el 50% de los fumadores de ambos sexos, pueden morir por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Además, la mitad de ellos, tienen mayor probabilidad de fallecer a mediana edad. En el mundo, actualmente mueren aproximadamente 5.000.000 de personas por año por patologías relacionadas con el tabaquismo, de los cuáles, aproximadamente 1.000.000, corresponden a países en desarrollo. De mantenerse la tendencia ascendente del consumo de todas las formas de tabaco, se alcanzaría anualmente a los 10.000.000 de fallecidos, para la década del 2030.³

La mortalidad atribuible a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo en las décadas de 1980 y 1990 fue de aproximadamente 40000 personas por año, y se estima actualmente en aproximadamente 45.000 personas por año los decesos producidos por estas enfermedades. Las muertes relacionadas con la adicción tabáquica, se producen alrededor de 20 a 30 años después de haber iniciado su consumo². Si bien el riesgo en los tabaquistas es alto en todas las edades, es más alto entre los individuos más jóvenes, que por otra parte, tienen una mayor

prevalencia de fumadores. La probabilidad de desarrollar cualquier tipo de enfermedad, se relaciona directamente con el número de cigarrillos consumidos diariamente y de la cantidad de años desde que inició la adicción tabáquica.

Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio corporal.

Los elementos planteados anteriormente, le han permitido a la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmar que el consumo de tabaco es la primera causa prevenible de muerte prematura y enfermedad en todo el mundo, constituyendo un importante factor de riesgo en el cuadro de morbilidad y mortalidad de varios países ⁴.

Por ejemplo, en América Latina, la prevalencia varía dependiendo del país, encontrándose mayor prevalencia en Argentina 30,2%, Bolivia 27,1%, Chile 38,9%, Perú 20,2% y en Paraguay 13% ⁵, donde el consumo de tabaco en la población juvenil ha aumentado notablemente.

En el caso de Cuba, uno de cada 10 fumadores inició el hábito antes de los 12 años de edad; cuatro de cada 10, entre 12 y 16 años; y dos de cada 10, entre 17 y 19 años. Por otra parte, las diferencias entre los índices de consumo de adolescentes hembras y varones no son marcadas, esto implica un posible incremento de tabaquismo entre las mujeres. El consumo entre jóvenes es muy elevado y la incorporación a este hábito se produce en mayor porcentaje entre los 12 y los 14 años. Es interesante observar que mientras disminuye la prevalencia de fumadores entre los adultos, en jóvenes se mantiene en iguales o superiores niveles. Es por ello que es lento el proceso de decrecimiento de esta adicción, pues la disminución de la prevalencia en el país ha sido fundamentalmente por la cesación del hábito. ⁶

Según las estadísticas de salud, las primeras causas de muerte en nuestro país se encuentran relacionadas con el estilo de vida y el tabaquismo es una práctica que se señala como uno de los factores de riesgo de mayor importancia. Desde hace varias décadas, con ligeras variaciones, aparecen entre los primeros lugares en la

mortalidad general enfermedades prevenibles en un alto grado, si se controlan los factores que las propician, entre ellos esta adicción ³.

Entre los factores de riesgo de pacientes hipertensos con IMA en la provincia de Ciego de Ávila se encuentra en primer lugar el hábito de fumar con un 38.6%, seguido por Hipertrigliceridemia con un 23.3%, diabetes mellitus con un 16.7%, hipercolesterolemia con un 12% y por último la obesidad, con un 10% ⁷.

Según el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles de Chambas en el año 2018 el factor de riesgo prevalente fue la HTA con un aumento a 10527 más que el 2017, representando el 20,8% de la población total y el 25,2% de la mayor de 15 años. Por su parte la Cardiopatía Isquémica alcanzó el 2,0% de la población dispensarizados 569 pacientes, 14 más que igual periodo del 2017. Realizando un análisis de las Historias Clínicas de estos pacientes, se identificó que el hábito de fumar constituye el principal factor de riesgo⁵. Muestra de ello, es el informe final del cierre del proceso de dispensarización del año 2018, en el municipio ⁸, donde existían 11245 pacientes fumadores.

Estos argumentos justifican la necesidad de dar solución al siguiente

Problema de Investigación: ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre tabaquismo en adolescentes pertenecientes al consultorio médico de familia No 5 del área de salud Camilo Cienfuegos?

Hipótesis: Si se implementa un programa educativo basado en las necesidades de aprendizaje sobre Tabaquismo, con un carácter sistémico dirigido a los pacientes adolescentes pertenecientes al consultorio médico de familia No 5 del área de salud Camilo Cienfuegos, entonces es posible, que se eleve el nivel de conocimientos sobre la temática, aumentando la percepción de riesgo.

Novedad: Se trabajó desde la promoción de salud utilizando para ello una estrategia de intervención educativa con el propósito de preparar a los adolescentes sobre el tabaquismo.

O B J E T I V O S

O b j e t i v o G e n e r a l:

Elevar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo en los adolescentes del consultorio CMF 5 del área de salud Camilo Cienfuegos a través un Programa de Intervención Educativa

O b j e t i v o s E s p e c í f i c o s:

1. Determinar características socio-demográficas de la población objeto de estudio: edad, sexo.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre Tabaquismo antes y después de la Intervención Educativa.
3. Implementar el programa educativo.

Marco Teórico.

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada principalmente por diversos componentes activos y tóxicos como la nicotina. También genera múltiples consecuencias, como por ejemplo: el consumo de cigarrillo durante la gestación puede provocar desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico y aborto espontáneo, como también inducir alteraciones en el feto⁹.

Tabaquismo durante la gestación

Alrededor del 30% de las mujeres dejan de fumar espontáneamente o reducen la cantidad de cigarrillos voluntariamente al saber que están embarazadas. Los efectos del tabaco durante la gestación pueden ocasionar desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico y aborto espontáneo^{10,11}.

Efecto directo del tabaco en el peso del infante

El último reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2015 describe un aumento considerable de la obesidad infantil desde el año 1990 hasta el 2013, pasando de un total de 32 millones de niños tanto lactantes como escolares a 42 millones obesos, un 25% más que en las décadas anteriores, superando en un 30% el rango de la prevalencia esperada, lo cual permite proyectar para el año 2025 un total de 70 millones de niños obesos si la tendencia sigue igual¹².

La OMS ha reportado que la prevalencia aumentada de enfermedades metabólicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares han sido asociadas con la obesidad en edades tempranas¹³, la cual podría depender de una predisposición genética, hábitos nutricionales inadecuados, baja actividad física, lo cual puede favorecer el almacenamiento de nutrientes en forma de tejido adiposo alrededor de todo el cuerpo¹⁴. El tabaquismo durante la

gestación puede causar principalmente restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y parto pretérmino¹⁵, sin embargo, se ha determinado una asociación adicional con desordenes metabólicos incluyendo la obesidad y el sobrepeso a edades tempranas¹⁶. En Estados Unidos, 15 millones de niños desde neonatos hasta escolares se encuentran expuestos al humo del tabaco¹⁷. Esto se demuestra en resultados de investigaciones, las cuales han identificado que los efectos del tabaquismo materno durante el embarazo sobre el peso del infante tienden a manifestarse antes de los 5 años de edad, especialmente en niños varones^{18,19,20}.

Tabaquismo pasivo y recurrencia de crisis en niños asmáticos.

La asociación entre tabaquismo pasivo e incremento de síntomas asmáticos en infantes está documentada en la literatura. Se describe que en los hijos de madres fumadoras durante el embarazo las crisis de asma son cinco veces más frecuentes. El efecto del humo del tabaco en la sensibilización a los alérgenos puede explicarse por una acción local a nivel de las vías respiratorias o por un impacto directo sobre el sistema inmune comportándose como un factor de riesgo para esta enfermedad²¹.

El tabaquismo asociado a la alteración del sentido del gusto y del olfato.

Las sensaciones primarias del gusto son los sabores dulce, ácido, amargo y salado, las papilas gustativas pueden percibir estos cuatro sabores, pero existen diferencias de modo que cada papila tiene cierto grado de sensibilidad mayor para uno o dos sabores. La percepción por los sabores se puede ver afectado por diferentes factores; físicos, químicos y ambientales, como en el caso del tabaquismo. El humo del cigarrillo afecta al sentido gustativo provocando una disminución de la capacidad de distinguir olores y sabores. Conforme pasa el tiempo, los ex fumadores van recuperando paulatinamente la capacidad olfativa²².

Se ha llegado a la conclusión de que el humo del tabaco tiene cierta influencia sobre el gusto amargo. En un estudio en treinta fumadores en el que se investigó el umbral de detección y de identificación, de ácido cítrico (ácido orgánico, presente en las frutas cítricas, (limón ácido, naranja, kiwi, mandarina y toronja), la quinina, (alcaloide amargo que se obtiene de la corteza de un árbol peruano, potenciador del sabor,

utilizado en la bebidas carbonatadas), el cloruro de sodio (popularmente llamado sal de mesa) y la sacarosa, la conclusión fue que los fumadores sufren un aumento en el umbral de identificación de la quinina y de la detección e identificación del cloruro de sodio haciendo más placentero su consumo.²³

Según la Universidad Duke, Carolina del Norte (EEUU), la cual ha llevado a cabo una investigación, indica que hay alimentos que empeoran el sabor del cigarrillo, como las frutas dulces; sandía, uvas, manzana, pera, papaya, banano, entre otras, las hortalizas y los productos lácteos. Por el contrario, consumir abundante carne, alcohol o café produce el efecto adverso, ya que realza su sabor, haciendo más atractivo el deseo de fumar²⁴.

El estudio demuestra, pues, que el hábito de fumar parece estar reforzado por el consumo habitual de ciertos alimentos que potencian su sabor.

En este estudio, se analizó el comportamiento de 209 fumadores, a los que se les ha preguntado sobre los alimentos que hacen empeorar o realzar el sabor del tabaco. Los lácteos (leche o quesos), las bebidas sin cafeína (agua o zumos), las frutas dulces y los vegetales fueron los alimentos que reiteradamente se nombraron como protagonistas del empeoramiento del sabor de los cigarrillos, un 19%, un 14% y un 16% respectivamente. El 44% de los participantes afirmó que las bebidas alcohólicas realzan su sabor, y el 45% las bebidas con cafeína (té, bebida de cola o café). El 11% nombró las carnes rojas.

Alimentación y tabaquismo.

Los fumadores estiman como artículos de lujo los alimentos nutritivos como: leche, huevos y carne, pero el tabaco es como si fuese de primera necesidad. Donde los ingresos deben servir para comer, el tabaco los orilla a la desnutrición. Se ha visto que el gasto por tabaco supera al de la leche y equivale a 3,000 calorías de arroz. Los ahorros por no comprar tabaco pueden cubrir necesidades básicas o destinarse a productos más necesarios. Los gastos de atención médica derivados del tabaco empobrecen más a los miembros de la familia y peor cuando muere el principal proveedor de ingresos. Los costos no empiezan con la enfermedad sino cuando el uso de tabaco se inicia; ése es el momento en que se desvían tales recursos²⁵.

El tabaquismo y las enfermedades crónicas.

El consumo crónico del tabaco constituye en la actualidad un fenómeno social que afecta indistintamente a todos los sectores de la población, es considerado un importante factor de riesgo en el cuadro de morbilidad y mortalidad tanto en Cuba como en el mundo²⁶.

La nicotina es el compuesto químico gaseoso más conocido del cigarrillo y el que provoca mayor número de efectos hemodinámicas y vasculares. Se ha observado que la exposición a los componentes gaseosos del cigarrillo (incluido monóxido de carbono) determina efectos tóxicos directos sobre las células endoteliales, derivados de la formación de radicales libres y, consecuentemente, aumento de la degradación de óxido nítrico, lo que provoca una disfunción endotelial generalizada.

El aumento de la presión arterial es regulado por la liberación de noradrenalina en las suprarrenales y adrenalina en las terminaciones nerviosas periféricas. También se produce la estimulación de quimiorreceptores carotídeos e intrapulmonares³⁷. Provocando todos estos mecanismos hipertensión, diabetes, dislipidemias (síndrome metabólico), daño vascular, pulmonar, hepático y cáncer³⁸. Considerando que el endotelio vascular se afecta de forma general y el riñón no se encuentra exento de todos los cambios que se producen en el organismo por los efectos de las sustancias tóxicas del tabaco, lo que cabe esperar los resultados encontrados en esta investigación respecto a la prevalencia de pacientes con filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min que fuman, la cual es superior a los que no lo hacen, no encontrando otros resultados que nos permitan compararlos con los obtenidos en este estudio.

Estudios han demostrado que la prevalencia de hipertensión, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, consumo de alcohol de riesgo, dañino y perjudicial, así como del filtrado de glomerular por debajo de 60 ml/min en fumadores resulta superior a la de los no fumadores²⁷.

El tabaquismo y las periodontopatías.

El tabaquismo es un factor independiente y directo que acelera la pérdida ósea alrededor de los dientes por cuatro mecanismos:
-La nicotina produce una vasoconstricción de la microcirculación gingival, y como

consecuencia se reduce el aporte de oxígeno, de células y de sustancias quimio tácticas en relación con la respuesta inflamatoria gingival.

-El humo del tabaco provoca una disminución de la inmunidad celular y humoral, en particular de la actividad quimiotáctica y fagocitaria de los leucocitos.

-El humo del tabaco debilita el potencial de óxido reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de las bacterias de la placa bacteriana y de la microbiota subgingival.

-La nicotina es el origen de problemas en el metabolismo de la síntesis del colágeno, de la secreción proteica y de la reproducción de los fibroblastos.

Los adolescentes fumadores están expuestos a un riesgo, tres veces superior a lo normal, de desarrollar una enfermedad periodontal al alcanzar la edad adulta. Varias investigaciones han relacionado el hábito de fumar con una mayor probabilidad de desarrollar periodontitis, así como menor respuesta terapéutica a las intervenciones empleadas en su tratamiento. Además, el cigarrillo parece aumentar la pérdida de fijación de los dientes y promueve la osteoporosis del hueso alveolar que soporta la raíz dental²⁸,²⁹.

Otro elemento asociado al tabaquismo es que se ha comprobado que el cadmio se deposita sobre los dientes, y las resinas manchan estas estructuras y resulta un elemento preocupante en los fumadores³⁰.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio pre experimental de intervención educativa del tipo antes - después en adolescentes pertenecientes al consultorio médico de familia No 5 del área de salud Camilo Cienfuegos del Municipio Chambas, con el objetivo de Implementar un programa educativo que contribuya a elevar el nivel de conocimientos sobre tabaquismo en el período comprendido de noviembre de 2019 hasta septiembre de 2022.

Universo de estudio

El universo estuvo constituido por los 95 adolescentes comprendidos dentro de las edades de 14-19 años pertenecientes al consultorio, a las cuales se les aplicó un muestreo aleatorio simple utilizando el procedimiento de números aleatorios (33%), quedando la muestra constituida por 50 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y de salida correspondientes:, a quienes se les aplicó la encuesta (Anexo # 2) para identificar sus conocimientos sobre tabaquismo antes y después de la intervención. Esta encuesta fue aplicada por la autora de la investigación.

Criterios de inclusión:

- ✓ Adolescentes entre 14 y 19 años de edad.
- ✓ Que den su consentimiento informado de participar en el estudio (anexo 1).
- ✓ Que posean las capacidades físicas y mentales que le permitirán participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- ✓ Los que se encuentren fuera del área en el período de estudio.

Criterio de salida

- ✓ **Personas que después de dar su consentimiento no desearon colaborar con la investigación.**

Aspectos éticos:

El desarrollo de la investigación se realizó de acuerdo con los cuatro principios éticos básicos que van implícitos en los estudios con seres humanos: el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no-maleficencia y el de justicia. Los pacientes incluidos fueron participantes voluntarios a los que se les solicitó su Declaración de Consentimiento Informado (Anexo 1), que firmaron para así oficializar legalmente su disposición a participar y colaborar con la investigación, después de haberseles instruido debidamente acerca de las características del estudio, sus objetivos y beneficios. Se respetó la integridad de los pacientes dentro de la investigación asegurando la confidencialidad de toda la información personal que se obtuvo durante ésta. El lenguaje que se utilizó durante la entrevista no fue técnico, sino práctico y comprensible. El cuidado que recibieron los sujetos y las decisiones que le pudieron afectar fue responsabilidad del equipo médico, debidamente calificado, que participó en la investigación.

Se aplicaron diferentes métodos durante la investigación como fueron:

1. Métodos teóricos: Se utilizaron métodos de análisis-síntesis, inductivo-deductivo, e histórico-lógico.

El análisis-síntesis: permitió analizar y sintetizar los materiales bibliográficos consultados para llevar a cabo el diseño de la investigación, la determinación de los presupuestos teóricos y formulación de las conclusiones.

El inductivo- deductivo: se utilizó para restablecer generalizaciones sobre la base del estudio y análisis de los resultados, permitiendo confirmar la validez de los aspectos teóricos que sustentaran la investigación. Además permitió la elaboración de la hipótesis que se utilizó para orientar el proceso de investigación.

El histórico-lógico: se utilizó para revelar la situación en el evolucionar histórico del objeto de investigación.

2. Métodos empíricos:

Revisión de documentos: permitió la revisión de las historias clínicas y fichas familiares de las pacientes elaborándose previamente la planilla de recolección de datos.

Para la obtención de la información se utilizó un cuestionario semi-estructurado (Anexo 2), aplicado a los adolescentes del estudio para identificar el nivel de conocimiento antes y después de las acciones educativas que contengan las variables objeto de la investigación.

3. Estadísticos:

Permitió tabular los datos obtenidos en la investigación, el procesamiento de los datos y determinar las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de cada variable y sus correspondientes indicadores mediante el sistema SPSS, (Statistical Package For Scientific Social) para establecer tablas de contingencias.

Los métodos empleados fueron de la estadística descriptiva la distribución de frecuencias absolutas (Números) y relativas. (Porcentaje)

Los resultados se presentaron en las tablas de distribución de frecuencia absoluta para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

El estudio se realizó en tres etapas:

- **Etapa Organizativa:**

Se citó a los adolescentes, a los cuales se le brindó información sobre la investigación y se le solicitó el llenado del consentimiento informado para participar en el estudio. (Anexo 1) Para el diagnóstico inicial se aplicó el cuestionario inicial, que permitió identificar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo.

- **Etapa de Intervención Educativa:**

Una vez analizados los resultados se procedió a trazar la estrategia educativa a partir de un programa elaborado a tal efecto, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo en los adolescentes. La intervención se realizó una vez en la semana, en el horario de la tarde, en un local preparado para la actividad. Para facilitar la aplicación del programa educativo se dividió el grupo en tres subgrupos.

Temáticas tratadas en el programa de intervención

- ✓ **Tema I: Presentación del programa. F.O.E: charla. Tiempo: 1 hora.**
- ✓ **Tema II: Aspectos generales del tabaquismo. F.O.E: conferencia.**
- ✓ **Tema III: Factores de riesgo del tabaquismo. F.O.E: Dinámica de grupo. Tiempo: 1 hora.**
- ✓ **Tema IV: Enfermedades provocadas por el tabaquismo. F.O.E: Conferencia Tiempo: 1 hora.**
- ✓ **Tema V: Cómo prevenir la adicción. F.O.E: debate. Tiempo: 1 hora.**
- ✓ **Tema VI: Conclusiones. F.O.E: taller. Tiempo: 1 hora.**

Etapa de Evaluación:

Una vez culminada la implementación del programa educativo se aplicó nuevamente la encuesta inicial con las mismas características que en la primera etapa para comprobar la modificación de los conocimientos, sobre tabaquismo en los adolescentes. Los pacientes marcaron con una X solamente la opción que consideraron correcta en cada pregunta.

Definición de las variables a estudiar

Variable independiente:

- **Intervención educativa a adolescentes sobre el tabaquismo**

Variable dependiente:

- **Conocimientos sobre el tabaquismo. Se tuvieron en cuenta las respuestas a las preguntas del cuestionario de los pacientes, antes y después de la intervención educativa.**

Escala de evaluación

Todos los incisos con un valor de 1 punto, hacen un máximo de 25 puntos

- De 14 a 25 respuestas correctas: Adecuado
- De 0 a 13 respuestas correctas: Inadecuada

Operacionalización de las variables:			
Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa continua	14-16 años	Se tuvo en cuenta al clasificar, los criterios de la (OMS) de adolescencia media tardía.
		17-19 años	

Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino	Según sexo biológico
		Femenino	
Nivel de conocimientos sobre el concepto de tabaquismo.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	2 respuestas correctas
		Inadecuado	0 a 1 respuesta correcta
Nivel de conocimientos acerca de factores de riesgo del tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	5 a 8 respuestas correctas
		Inadecuado	0 a 4 respuesta correcta
Nivel de conocimientos acerca de las enfermedades provocadas por el tabaquismo.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	5 a 8 respuestas correctas
		Inadecuado	0 a 4 respuesta correcta
Nivel de conocimientos acerca de cómo prevenir la adicción.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	4 a 7 respuestas correctas

		Inadecuado	0 a 3 respuesta correcta
Nivel de conocimientos general sobre el tabaquismo.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	De 14 a 25 respuestas correctas
		Inadecuado	De 0 a 13 respuestas correctas

Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar.

Los datos obtenidos mediante técnicas cuantitativas fueron captados de los instrumentos de recolección de la información, con la aplicación del cuestionario, y se resumieron y analizaron utilizando de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas (%) y se presentaron en tablas de distribución de frecuencias.

Se confeccionó un informe final con los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Estrategia de intervención educativa sobre tabaquismo en adolescentes del CMF 5.

Policlínico Julio Castillo

Tabla 1: Distribución de los adolescentes según edad y sexo. Consultorio 5 Policlínico Camilo Cienfuegos enero 2019- septiembre 2022.						
Edades	Femenino		Masculino		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
14-16	13	26.0	17	34.0	30	60.0
17-19	8	16.0	12	24.0	20	40.0
Total	21	42.0	29	58.0	50	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 1 se distribuyen los adolescentes según edad y sexo, observando una mayor prevalencia del sexo masculino con 29 para un 58.0% y el grupo de edad de 14-16 con 30 adolescentes representando el 60%.

Similares resultados a los de nuestro estudio muestran Villarreal Iglesias, reportan que los grupos de edades que predominaron fueron los de 14 a 16 con 176 (36,8%) y los de 18 a 20 con 74 (36,3%). El sexo que predominó fue el masculino con 259 (54,0%).⁴²

En un estudio publicado en 2013, refieren edades fluctuando entre 12 y 18 años. En el perfil socio demográfico para este estudio se encontró una mayor proporción del género masculino.⁴³

Con respecto al sexo, históricamente la población masculina ha presentado una prevalencia mundial alta, esto se atribuye a que las mujeres fuman menos cigarrillos por día, tienden a usar cigarrillos con un contenido menor de nicotina, y no inhalan tan profundamente como los hombres. Sin embargo, no está claro si esto se debe a diferencias en la sensibilidad a la nicotina, o a otras variables que afectan a las mujeres de manera diferente, tales como factores sociales o aspectos sensoriales al

fumar, en estudios revisados encontramos que el hábito en las mujeres ha aumentado considerablemente, al igual que la tendencia mundial.⁴⁴

Se evidencia que la adolescencia es un período que se caracteriza por la rebeldía contra las autoridades y las normas impuestas en el hogar y la sociedad, por el deseo de exploración de nuevos horizontes, y por sentimientos de vulnerabilidad que se pueden atribuir a la falta de experiencia del adolescente.

Se escogieron los adolescentes de estas edades por constituir precisamente el grupo que se encuentra en la adolescencia media y tardía, etapas en la que su conducta se caracteriza por la búsqueda de diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. Además, tanto en el plano biológico como en el psicológico, existe mayor capacidad de compromiso.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre concepto del tabaquismo.				
Conocimiento	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	7	14	44	88
Inadecuado	43	86	6	12
Total	50	100	50	100

Fuente: encuesta.

Al identificar el nivel de conocimientos sobre concepto de tabaquismo (tabla 2) se comprobó que antes de la intervención los adolescentes poseían conocimientos inadecuados en un 86%, y solo un 14% adecuados, después de la intervención se modificó y el 88%, de los adolescentes elevó el nivel de conocimientos a adecuado.

Arenas-Monreal y colaboradores refieren que en su estudio después de la intervención el conocimiento en cuanto al tabaquismo fueron excelentes, los adolescentes contestaron correctamente elevando su nivel de conocimientos.⁴⁵

En una intervención educativa realizada por Pérez-Milena y colaboradores exponen que hay un gran desconocimiento de los adolescentes sobre el tabaquismo, esto posibilita que los estudiantes de 13 a 15 años, tengan más predisposición a iniciarse en el consumo de tabaco, refieren que los programas educativos son la vía fundamental para la reducción del tabaquismo en etapas tempranas de la vida.¹³

Se evidencia que las intervenciones educativas son métodos eficaces para la prevención de las conductas anti tabáquica, teniendo en cuenta que educa a los adolescentes en diferentes temas que antes eran desconocidos y los prepara para enfrentar los desafíos de la adolescencia.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del tabaquismo.				
Conocimientos	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	5	10	46	92
Inadecuado	45	90	4	8
Total	50	100	50	100

Fuente: encuesta.

En la tabla 3 se distribuyen los adolescentes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del tabaquismo con un predominio antes de la intervención de conocimientos inadecuados en un (90%) solo un 10% adecuado, después de la intervención se elevó el nivel de conocimiento y el 92% de los adolescentes presentaron un nivel de conocimientos adecuado.

En un estudio realizado en Cienfuegos por Castillo Morera y colaboradores exponen que el grado de conocimientos que muestran acerca de los factores de riesgo que conlleva al tabaquismo no muestra un índice elevado, la gran mayoría opina que sí existen factores, pero pocos saben explicar por qué, esto muestra que se hace cada vez más urgente que se diseñen estrategias, actividades y otras formas de

enseñanza para que conozcan más sobre este tema y aprecien la magnitud de los daños de sus comportamientos.⁴⁶

González Hidalgo y colaboradores evaluaron el conocimiento de los adolescentes, referido a los factores de riesgo del tabaquismo, como también se identificó que no existen espacios con carácter instructivo y educativo desde los docentes en el escenario escolar y que a estos le falta preparación con respecto al tema, por lo que se propuso una serie de estrategias educativas para desarrollar estilos de vida saludables en los adolescentes y sobre todo ampliar los conocimientos acerca del tema sobre todo en esta etapa.⁴⁷

En un estudio prospectivo de intervención- control en 14 comunidades rurales de Minnessota se estudia la influencia de normas sociales sobre el tabaquismo en adolescentes de edad 14,7 años sobre 3128 chicas y 3146 chicos de 8vo a 10mo se encontró una correlación de tener amigos que fumasen seguido de la madre y del padre.⁴⁸

Se destaca que entre los factores predisponentes o protectores se citan la intención del adolescente de fumar en el futuro, el control ejercido por los padres sobre la conducta del adolescente y las normas que establecen, también el hecho de tener amigos fumadores, el grado de descohesión de la familia, el clima escolar y la aprobación o desaprobación por parte de los amigos y la percepción correcta o incorrecta acerca de la prevalencia de tabaquismo entre los amigos.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre enfermedades provocadas por el tabaquismo.				
Conocimiento	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	3	6.0	39	78.0
Inadecuado	47	94.0	11	22.0

Total	50	100	50	100
-------	----	-----	----	-----

Fuente: encuesta.

Al determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades provocadas por el tabaquismo (tabla 4) se comprobó que antes de la intervención solo 6.0% poseían conocimientos adecuados sobre el tema, después de la intervención un 78.0% de los adolescentes adquirieron conocimientos adecuados.

En un estudio realizado por Atilán Gil refiere que en el intento por controlar el tabaquismo entre estudiantes hay que aumentar el nivel de información sobre los daños que ocasiona el tabaco para la salud, plantea que esto podría hacerse implantando acciones para disminuir el acceso al tabaco de la población menor de edad y de los jóvenes, mediante la instrumentación de programas educativos y de información para que conozcan mejor los efectos del tabaquismo.⁴⁹

Torrent Quetglá evaluó el efecto de una práctica-debate sobre las actitudes hacia el consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio superior. La intervención trató, entre otros temas, los efectos del tabaco sobre el sistema nervioso y otros órganos, y los daños causados al organismo, encontraron que la actitud de las adolescentes, pero no la de los varones, se modificó como consecuencia de cambios en las creencias. Si bien estos programas pueden producir modificaciones en el conocimiento y las actitudes hacia el tabaco, no necesariamente ocurren los cambios que se esperan en la conducta de fumar.¹²

Al revisar la literatura varios autores plantean que la exposición al humo de tabaco ajeno (HTA) genera daños en la salud de todas las personas, y puede desencadenar enfermedades cardiovasculares y cáncer en los adultos y otras enfermedades en los bebés y niños entre los cuales se destacan la muerte súbita del lactante, asma e infecciones respiratorias.^{44, 48}

Se evidenció que las enfermedades más comunes son las relacionadas con la esfera reproductiva (infertilidad primaria y secundaria, dificultades para concebir, complicaciones durante el embarazo, parto prematuro, hijos con peso inferior al promedio e hijos más pequeños, muerte del hijo en el período perinatal), enfermedades cardiovasculares, tumores malignos de diversas localizaciones, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, como bronquitis y enfisema.

Tabla 5. Nivel de conocimientos sobre cómo prevenir la adicción.				
Conocimiento	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	2	4.0	38	76.0
Inadecuado	48	96.0	12	24.0
Total	50	100	50	100

Fuente: encuesta.

En la tabla 5 se muestra el nivel de conocimiento sobre cómo prevenir la adicción, antes de la intervención solo el 4.0% de los adolescentes conocían las medidas que se debían tomar para prevenir dicha adicción, después de la intervención el 76.0% de los adolescentes alcanzaron un nivel de conocimiento adecuado acerca del tema.

Rosa Morales refiere que una de las estrategias para combatir el tabaquismo es promover educación para la salud al grupo de edad más vulnerable, el grupo en esta etapa escolar, antes de la adolescencia, en quienes se hace necesaria la labor preventiva para retraer el inicio de la adicción al consumo de tabaco.⁵⁰

La efectividad de los estudios de intervención está determinada, fundamentalmente, por la modificación de conocimientos (ya sea adquiriéndolos, sustituyendo los erróneos o enriqueciendo los existentes) o de la conducta en todos o la mayoría de los casos que se estudian, tomando en cuenta el tiempo en que ello se produce, además de incentivar a la prevención.¹³

En un estudio de intervención educativo en los fumadores se demostró su eficacia en la modificación de desconocimientos como una herramienta más a disposición del personal sanitario para disminuir la adicción al tabaco y permitió recomendar extender las experiencias a los grupos más vulnerables, con el objetivo de prevenir el tabaquismo a edades tempranas de la vida.³⁷

Se mostró que la prevención es, entonces, una estrategia fundamental para favorecer los factores de protección y atenuar, modificar o eliminar los riesgos que conducen al inicio del tabaquismo. Los esfuerzos de prevención del consumo de tabaco reportados en la literatura pueden agruparse en: programas escolares, programas en la comunidad y campañas en medios masivos.

Tabla 6. Nivel de conocimientos general sobre Tabaquismo.				
Conocimiento	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	5	10	44	88
Inadecuado	45	90	6	12
Total	50	100	50	100

Fuente: encuesta.

En la tabla 6 se distribuyen los adolescentes según nivel de conocimientos general sobre tabaquismo, antes de la intervención la mayoría de los pacientes (90%), tenían un nivel de conocimientos inadecuado. Después de implementar el programa educativo 44 pacientes que representa el 88% mostraron un nivel de conocimientos general adecuado y solo 6 adolescentes, (12%) se mantuvieron con un nivel inadecuado.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Castillo Morera y colaboradores en Cienfuegos donde después de la intervención educativa el conocimiento general sobre tabaquismo fue adecuado.

A pesar de los enormes esfuerzos científicos dedicados al estudio del tabaquismo, aún quedan numerosos problemas básicos sin solucionar. Ante esta situación, se

im pone un enfoque nuevo en la política de salud, para poder alcanzar el control de este problema tan difícil de resolver, pero susceptible a ser modificado si se logra crear un nuevo estilo de vida en la población a fin de vigilar y erradicar los factores precursores y causales de esta adicción, por lo que resulta necesario incrementar la percepción del riesgo de este problema de salud en la población.

Razón por la cual, es prioritario, la necesidad de programas, acciones, estrategias y políticas que tomen en cuenta el impacto del tabaquismo.

CONCLUSIONES

En la intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo en los adolescentes del consultorio CMF 5 del área de salud Camilo Cienfuegos del municipio Chambas, hubo un predominio del sexo masculino y el grupo de edad de 14-16 años. Antes de implementar el programa educativo la mayoría de los adolescentes presentaron un deficiente conocimiento sobre el concepto, factores de riesgo, enfermedades provocadas por el tabaquismo y prevención de la adicción. Después de implementada la estrategia educativa se elevó el conocimiento en la mayoría de los adolescentes sobre el hábito de fumar, lográndose una modificación positiva en el nivel de conocimientos general.

RECOMENDACIONES

- ✓ Dar a conocer los resultados obtenidos a la vicedirección docente del policlínico para continuar trabajando en la prevención del tabaquismo en adolescentes.

- ✓ Implementar el programa educativo en el resto de los CMF del área de salud del Policlínico "Camilo Cienfuegos" del municipio Chambas.

Referencias Bibliográficas

1. Plá García Avelino, Elizarde Gálvez Miriam Gloria, Cárdenas Frieria Evelio, Solares Carreño Juan Carlos, Nieves Sardiñas Blanca Nieves. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Feb 17] ; 38(3): 460-469. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300017&lng=es
2. Quinzán Luna AM, Solano Quinzán Y, López Vantour AC, et al. Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica "Argenis Burgos". Medisan [Internet]. 2015 Oct [citado 29 Abr 2016];19(10):1232-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000008&lng=es
3. Cardentey García Juan. El tabaquismo: un flagelo nocivo para la humanidad. AM C [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Feb 17] ; 20 (2): 114-117. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200002&lng=es

4. Ríos-González Carlos Miguel. Tabaquismo en estudiante de medicina de la Universidad Nacional de Caaguazú, mayo de 2015. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Mayo [citado 2017 Feb. 10]; 144 (5): 681-682. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500020&lng=pt
5. Peruga A, Rincón A, Selin H. El consumo de sustancias adictivas en las Américas. Adicciones [Internet]. 2002 [citado 13 Jun 2015]; 14 (2): 227-38. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/Consumo%20de%20sustancias%20en%20America.pdf>
6. De Armas Padrino I. En Cuba casi la cuarta parte de la población fuma. Granma [Internet]. 16 ago 2014 [citado 25 May 2015]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2014-08-15/en-cuba-casi-la-cuarta-parte-de-la-poblacion-fuma>
7. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Anuario Estadístico, Las Tunas 2016.
8. Informe final del cierre del proceso de dispensarización del municipio de Manatí en el año.
9. González Hidalgo JA, Díaz Piedra JA, Alfonso Díaz K, Ávalos González MM. Hábito de fumar en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Sep [citado 10 Mayo 2015];28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300007&lng=es
10. Fernández Concepción M, García Sánchez MR, Valdés Jiménez L, Martín Estévez L. Tabaquismo y adolescencia. Rev Cienc Méd Habana [Internet]. Ene-Jun 2012 [citado 22 Nov 2012];18(1):[aprox. 8 p. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_1_12/hab07112.html
11. Martín Suárez María de los Ángeles, Echevarría García Elaine, Sánchez Fernández Clara Milagros, Hernández Aise María Ileana, Triana Pérez Marlene, Hernández Ruiz Olga Adelaida.

Comportamiento del tabaquismo en los adolescentes del Reparto Fructuoso Rodríguez, Cárdenas. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2015 [citado 2017 Feb 10]; 37(6): 579-588. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600004&lng=pt.

12. Lazcano-Ponce E, Hernández-Avila M. La epidemia de tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. Salud Pública México. 2015 [citado 8 Dic 2015];44. Disponible en: <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/4587/4435>.
13. Peña Laguna YC, Nápoles García AV. Intervención en el hábito de fumar en el área de salud policlínico Manuel Fajardo Rivero. Rev Electrónica Zoilo Marinello Vildaurreta [Internet]. 2012 [citado 12 Feb 2013];37(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=351>.
14. Suárez Lugo Nery. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev. Cub. Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2013 Abr 30] ; 37(1): 120-131. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662011000100010>.
15. Mantilla-Tolosa Sonia Carolina, Villamizar Carmen Edilia, Peltze Karl. Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. Rev Univ. salud. [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Feb. 10] ; 18(1): 7-15. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000100002&lng=pt.
16. Suárez Lugo N. El precio del cigarrillo y la reducción del consumo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Ene-Mar 2012 [citado 12 Feb 2013];38(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864->

[34662012000100002&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100002&script=sci_arttext)

17. Gálvez González AM, Suárez Lugo N, García Fariñas A, et al. Costos de atención a la salud asociados al tabaquismo en Ciudad de La Habana [Internet]. En: Gálvez González AM, García Fariñas A, compiladoras. Resultados de investigaciones en economía de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014 [citado 21 ene 2015]. p. 203. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros/resultados_economia_salud/cap16.pdf

18. Organización Mundial de la Salud. Hacer frente a la epidemia de tabaquismo en una nueva era de liberalización del comercio y la inversión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 21 ene 2015]. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144546/1/9789243503721_spa.pdf?ua=1

19. Saldías Pedro, Méndez Cristóbal, Ramírez Ricardo, Díaz Pedro. El riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2007 Sep. [citado 2012 Abr 04]; 23(3): [Aprox. 8p.]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000300005&lng=es

20. Regueiro Suárez DA, Morales Espinosa N, Hernández Leiva AM, González Soto YM. Tabaquismo. Mediciego [Internet]. 2012 [citado 23 dic 2014]; 18 (No. Esp.) Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noespc_2012/rev/t-32.html

21. González Tapia Margarita, Vivas Bombino Luis. Tuberculosis pulmonar y tabaquismo en la Atención Primaria de Salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Oct [citado 2017 Feb 17]; 16(5): 35-43. Disponible en:

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500006&lng=es.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500006&lng=es)

22. Abajo Larriba Ana Beatriz de, Díaz Rodríguez Ángel, González-Gallego Javier, Méndez Rodríguez Enrique, Álvarez Álvarez María Jesús, Capón Álvarez Jessica et al. Diagnóstico y tratamiento del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: estudio ADEPOCLE. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 Ago. [citado 2017 Feb 10]; 33(4): 954-961. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000400029&lng=pt
23. Traviesas Herrera EM, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Jul-Set 2011 [citado 22 Nov 2012];48(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300009
24. Sanabria C Juan Sebastián, Arce S Jaime David, Sierra O Orlenis María, Gil V Aura María. Tabaquismo materno como un factor posiblemente implicado en el desarrollo de la obesidad infantil. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. Diciembre 2016 [citado 2017 Feb 10]; 81(6): 526-533. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600013&lng=pt
25. Maggiolo J. Tabaquismo durante el embarazo. Rev Neumol Pediatr. 2016;6(1):12-5
26. Pichini S, Puig C, García-Algar Ó, Pacifici R, Figueroa C, Vall O, et al. Efectos neonatales del hábito tabáquico durante el embarazo y determinantes sociodemográficos en Barcelona. Med Clín. 2014;118(2):53-6
27. Durán P. Nutrición temprana y enfermedades en la edad adulta: acerca de la "hipótesis de Barker". Arch Argentinos Pediatr. 2014;102(1):26-34.

28. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo [Internet]. 2016. Available from : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43897/1/9789243596280_spa.pdf

29. OMS. Datos y cifras sobre obesidad infantil. <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>. 2015.

30. Aranda Regules JM, Mateos Vilchez P, González Villalba A, Sanchez F, Luna del Castillo JdD. Validez de distintas medidas de consumo de tabaco durante el embarazo: especificidad, sensibilidad y puntos de corte dónde y cuándo. Rev Esp Salud Pública. 2015;82(5):535-45.

31. Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. Monografía Tabaco Adicciones. 2014;16(2):237-63

32. Díaz M, Ortiz L. Influencia del hábito de fumar sobre el consumo de alimentos y el estilo de vida en estudiantes de la facultad de ciencias de la Pontificia universidad javeriana. Rev de la Facultad de Ciencias (Revista en Internet) 2015. (Acceso 25 de octubre de 2016); 8 (1): 47-55. Disponible en <http://www.javeriana.edu.co>.

33 Ruiz M. et al. Efectos Tóxicos del Tabaco. Rev de Toxicología España. (Revista en Internet) 2014. (Acceso 25 de octubre de 2016); 21 (2-3): 64-71. Disponible en <http://ojs.easyapps.es/index.php/revtoxico/article/view/208/183>.

34 Palou A. et al. Informe del Comité Científico de la AESA sobre el impacto del consumo de tabaco en la alimentación y la nutrición. Rev del comité científico. (Revista en Internet) 2016. (Acceso 26 de octubre de 2016). Disponible en http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/evaluacion_riesgos/comite_cientifico/TABACO_IMPACTO_ALIMENTACION.pdf.

35. Chávez Domínguez RC, López Antuñano FJ, Regalado Pineda J, Espinosa Martínez M. Consumo de tabaco, una enfermedad social. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex [revista en la Internet]. 2014 sep [citado 2014 oct 02]; 17(3): 204-214. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-75852004000300007&script=sci_arttext

36. Suárez Lugo N, Campos Pupo E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico «Dr. Jorge Ruiz Ramírez». Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Jun 06]; 36(2): 125-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005&lng=es

37. Galán Morillo M, Campos Moraes Amato M, Pérez Cendon FS. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h - evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). Rev cubana med [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Jun 06]; 43(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000500009&lng=es

38. Velasco-Contreras M. Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. (Spanish). Revista Medica Del IMSS [serial on the Internet]. 2013, Jan [cited May 8, 2016]; 51(1): 12-25. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=41849>

39. Paredes Díaz Roberto, Orraca Castillo Odalys, Marimón Torres Eugenia Rita, Casanova Moreno María Caridad, Véliz Martínez Dania Mónica. Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Feb [citado 2017 Feb 10]; 19(1): 46-55. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100008&lng=pt

40. Echeverría A, Vignoletti F, Fabrizi S, Matesanz P. Papel etiológico de los virus en la enfermedad periodontal. Avances en Periodoncia [Internet]. 2017 [citado 12 Enero 2017];19(2):91-9. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852007000300004&script=sci_arttext

41. Guerrero del Ángel F, Torres Benítez JM, Tudón Torres E, Domínguez Arellano S. Identificación de factores de riesgo asociado a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. Rev. ADM [Internet]. 2014 [citado 12 Dic. 2015]; 6(3):92-6. Disponible en:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=460>

42. Traviesas Herrera EM, Rodríguez Llanes R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 [citado 13 Dic 2016]; 44(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000100005&script=sci_arttext&lng=pt

43. Valenzuela Mujica MT, Ibarra AM, Zubarew T, Loreto Correa M. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. IndexEnferm. (Internet). 2013 (Citado 8 ene 2017);22 (1-2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>

44. Jones S, Magee C. The role of family, friends and peers in Australian adolescent's alcohol consumption. Drug Alcohol Rev. 2014; 33(3):304-13.

45. Arenas-Monreal L, Bonilla-Fernández P, Abril-Valdez E, Hernández Pérez H, Cuevas-Bahena S, Jasso-Victoria R. Intervención educativa con escolares para prevenir el tabaquismo. NeumolCirTorax. 2010;69(4):195-199.

46. Castillo Morera MR, Sánchez Bemudas N , Rubio Roja R. Prevención del tabaquismo en adolescentes. Revista Conrado (Internet). 2015 (Citado 8 ene 2017); 11 (49): 21-24. Disponible en : <http://conrado.ucf.edu.cu/>

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo siendo legalmente el tutor del adolescente
-----, doy mi autorización a participar
en la investigación, dado que entiendo la importancia de la realización del mismo
exigiendo a los investigadores que los datos obtenidos sean usados sólo con
objetivos de la investigación y manteniendo la absoluta confidencialidad de los
mismos.

Teniendo en cuenta lo anterior firmo el presente consentimiento a los ----- días
del mes de ----- del año-----.

Firma Adolescente

Firma del Tutor

Firma del Investigador

Anexo 2.

Encuesta:

Estimado(a) adolescente:

Por favor lea con cuidado cada pregunta antes de responder, y marque con una X las respuestas que considere afirmativas. Le agradecemos su participación y que conteste honestamente lo que piensa sobre lo que le preguntamos. Le recordamos que este es un documento estrictamente confidencial. Gracias por su cooperación.

Datos Generales:

A continuación escriba:

Edad: _____. Sexo: _____.

1. El tabaquismo es:

- a) ____ La adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso de su consumo.
- b) ____ La adicción a sustancias psicoactivas, y la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso de su consumo.

2. Cuales usted considera son los factores de riesgo par el inicio del consumo del tabaco. Marque con una X.

- a) ____ Familiares fumadoras.
- b) ____ Influencia de amigos.
- c) ____ Familia disfuncional.
- d) ____ Fácil acceso.
- e) ____ Curiosidad natural.
- f) ____ La ausencia de uno de los padres.
- g) ____ Baja autoestima.
- h) ____ Alta concurrencia a fiestas.

3. De las enfermedades que se relacionan a continuación, cuáles

cree usted que están en relación con el tabaquismo. Marque con una X.

- a) ____ Cáncer de pulmón.

- b)____Bronquitis crónica.
- c)____Hipertensión arterial.
- d)____Cáncer bucal.
- e)____Cardiopatía isquémica.
- f)____Muerte.
- g)____Enfisema pulmonar.
- h)____Enfermedades cerebro vasculares.

4. Cuáles de las siguientes medidas cree correctas para prevenir el tabaquismo:

- a)___Prohibición de fumar en lugares públicos o cerrados.
- b)___Concientización de los daños que produce el tabaquismo.
- c)____Dejar que los adolescentes tomen decisión por ellos mismos.
- d)____Las medidas de prevención deben comenzar en casa.
- e)____Aumentar el conocimiento de los daños nocivos del tabaquismo en la población.
- f)____No vender cigarrillos a menores de edad.
- g)____Incrementar las labores educativas en los adolescentes para prevenir el tabaquismo.

Clave de calificación		
Preguntas	Respuestas correcta	Evaluación
1	a	Adecuado: 2 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 1 respuesta correcta
2	a, b, d, e, h	Adecuado: 5 a 8 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 4 respuesta correcta
3	a, b, d, g, h	Adecuado: 5 a 8 respuestas correctas Inadecuado: 0 a 4 respuesta correcta
4	a, b, d, e, f	Adecuado: 4 a 7 respuestas

		correctas Inadecuado: 0 a 3 respuesta correcta
--	--	--

Escala de evaluación

Todos los incisos con un valor de 1 punto, hacen un máximo de 25 puntos

- De 14 a 25 respuestas correctas: Adecuado
- De 0 a 13 respuestas correctas: Inadecuado

Anexo 3.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Título: Intervención educativa sobre tabaquismo en adolescentes del consultorio 5 perteneciente al Policlínico Camilo Cienfuegos. 2019-2022.

Total de horas: 6 horas.

Objetivo general: Elevar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo en los adolescentes perteneciente al consultorio 5 del Policlínico Camilo Cienfuegos de noviembre 2019-septiembre 2022.

Sesiones	Temas	Tiempo
1	Presentar el programa de intervención educativa.	1 hora
2	Aspectos generales del tabaquismo.	1 hora
3	Factores de riesgo del tabaquismo.	1 hora
4	Enfermedades provocadas por el tabaquismo.	1 hora
5	Cómo prevenir la adicción.	1 hora
6	Conclusiones.	1 hora

Sesión 1

Tema. Presentación del programa

Objetivos:

1. Presentar el programa de intervención educativa.
2. Identificar necesidades de aprendizaje

Técnica participativa: conferencia

Técnica educativa: evaluación inicial del tema.

Desarrollo: se inicia la sesión con la presentación del morador, luego de lo cual se les explica a los adolescentes en qué consiste el programa de intervención educativa.

Posteriormente decidimos aplicar el cuestionario, que nos permitirá valorar de forma individual y por escrito la magnitud del problema. Se motiva a los adolescentes participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor

Duración: 1 hora

Sesión 2

Tema. Aspectos generales del tabaquismo.

Objetivos:

1. Definir el concepto de tabaquismo.
2. Explicar los antecedentes históricos.

Técnica participativa: lluvia de ideas

Técnica educativa: taller interactivo.

Desarrollo: se informa el tema específico a tratar y se les pide que expresen sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría lo haga. Luego se procede a realizar el taller interactivo guiado por la autora del trabajo. Para ello utilizamos como medio de enseñanza una computadora que nos permitió mostrarle en una presentación ilustrada en power point los elementos relacionados con la temática a abordar. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor

Duración: 1 hora

Sesión 3

Tema. Factores de riesgo del tabaquismo.

Objetivos: Explicar cuáles son los factores de riesgos del tabaquismo.

Técnica Participativa: debate.

Técnica educativa: conferencia demostrativa.

Desarrollo: se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Procedemos entonces a realizar la actividad, durante la cual la autora explica a los participantes los aspectos relacionados con la temática.

En un segundo momento los adolescentes realizan un debate sobre el tema. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor

Duración: 1 hora

Sesión 4

Tema. Enfermedades provocadas por el tabaquismo.

Objetivos:

1. Definir las enfermedades provocadas por el tabaquismo.

Técnica Participativa: lluvia de ideas.

Técnica Educativa: taller interactivo.

Desarrollo: se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Se informa el tema específico a tratar y se les pide que expresen sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría participe. Luego se procede a realizar el taller interactivo. Para ello utilizamos como medio de enseñanza una computadora que nos permitió mostrarle en una presentación ilustrada en power point los elementos relacionados con la temática a abordar. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor

Duración: 1 hora

Sesión 5

Tema. Cómo prevenir la adicción.

Objetivos:

1. Explicar cuáles son las medidas de prevención.

Técnica Participativa: debate.

Técnica educativa: conferencia demostrativa.

Desarrollo: se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Procedemos entonces a explicarles y demostrar, los aspectos relacionados con la temática.

En un segundo momento los adolescentes realizan un debate sobre el tema. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor

Duración: 2 horas.

Sesión 6

Tema: Conclusiones.

Objetivos:

1. Evaluar los conocimientos adquiridos por los participantes.
2. Conocer el criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante de la intervención educativa.

Técnica Participativa: lluvia de ideas.

Técnica Educativa: evaluación final del tema.

Desarrollo: se inicia con la aplicación del cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos, y por último se les pide que expresen su criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante de la investigación.

Responsable: Autor

Duración: 1 hora