UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN

"MARIANA GRAJALES COELLO"

POLICLÍNICO MÁXIMO GÓMEZ BAEZ

***Título*:** Intervención educativa sobre el tabaquismo en adolescentes del consultorio 29 perteneciente al Policlínico Máximo Gómez Báez. 2017-2018.

Autor: Dr. Pablo Eduardo Mulet Grave de Peralta *

Tutora: Dra Yamilet Escalona Zaldivar **

***Residente de Segundo Año de Medicina General Integral.**

****Especialista de primer grado en Medicina General Integral**
Profesor Instructor

Institución Ejecutora Principal del Proyecto:

Policlínico Máximo Gómez Báez.

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Holguín, 2018

"La verdadera medicina no es la que cura sino la que previene".

José Martí.

Dedicatoria

Doy gracias a Dios, por brindarme la oportunidad de iniciar y llegar al final en este camino que nos ha enseñado tanto y será el principio de muchos más, y por darme las fuerzas suficientes para seguir adelante a pesar de los obstáculos.

A mis padres, mi esposa, mi niña que está por llegar a este mundo, mi familia por brindarme su amor, paciencia, confianza, porque supieron transmitirme de la forma más sutil su sencillez, humildad y principios.

Agradecimientos

Quisiera agradecerle a mi tutora por enseñarme y guiarme en esta investigación y a todas aquellas personas que de una forma u otra hicieron posible la realización de la misma.

Resumen

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa en el consultorio 29, perteneciente al Policlínico Máximo Gómez Baez, en el período comprendido de febrero 2017 a abril 2018; con el objetivo de implementar una estrategia de intervención educativa acerca del tabaquismo en los adolescentes. El universo estuvo compuesto por 95 adolescentes de 14 a 19 años, pertenecientes al consultorio; la muestra quedó constituida por 50 sujetos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Existió un predominio del sexo masculino y del grupo entre los 14 y 16 años. Se elaboró e implementó, logrando resultados positivos, un programa de intervención educativa sobre prevención del tabaquismo en adolescentes de 14 a 19 años. El mayor número de adolescentes al ser evaluados después de la intervención educativa elevó su nivel de conocimientos sobre las temáticas en que se capacitaron.

Palabras claves: adolescencia, tabaquismo, intervención educativa.

ÍNDICE

Resumen

Introducción……..……..1

Objetivos……..……7

Marco teórico……...…….8

Diseño metodológico……..……..30

Análisis y discusión de los resultados…….36

Conclusiones……..……44

Recomendaciones……..……45

Referencias Bibliográficas……..……...46

Anexos

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 cigarrillo y expeler el humo, se trata de un hábito que configura un estilo de comportamiento, un complejísimo conjunto de acciones que se asocian a variadas percepciones y estados placenteros que afianzan sus raíces en diversos procesos psicosociales, bioquímicos y fisiológicos. [1]

El consumo inicial de cigarrillos generalmente se deriva de factores sociales y psicológicos variados, se sabe que los primeros cigarros que un sujeto consume provocan en él mismo una serie de reacciones desagradables, pero por lo general sí los motivos psicológicos que lo impulsan a fumar, unido a la presión social del grupo de pares, son lo suficientemente fuertes, el sujeto se sobrepondrá logrando un estado de tolerancia y de persistir de dependencia a los componentes del tabaco, en particular de la nicotina. Además la implantación inicial del hábito tabaquico y su arraigo o permanencia son dos procesos totalmente diferentes. Sí en el primero predominan esencialmente los factores psicológicos y sociales, en el segundo son múltiples los mecanismos que se pueden poner en marcha para mantener el hábito: dependencia a la nicotina, mecanismos para manejar el estrés, sensaciones subjetivas en cuanto a los efectos relajantes, estimulantes, del hábito y otros.[1]

La OMS le atribuye al tabaco más de 4.9 millones de defunciones anuales, muestra de una terrible enfermedad extendida a todo el planeta, interpretada también por muchos como una pandemia que tarde o temprano el 50 % de ellos morirán a causa de esa adicción, equivalente a 1 de cada 4 muertes en los países industrializados y a 1 de cada 8 en los menos desarrollados, (donde

sobresale que el 26,2 % de los hombres y 22,4 % de las mujeres de Hispanoamérica fuman. [2]

Según las previsiones de la OMS se cree que la cifra de defunciones habrá aumentado a 10 millones anuales para el 2030. [2]
Es la adolescencia el período de mayor vulnerabilidad y etapa de inicio de muchas adicciones, es precisamente en esta etapa de la vida en la cual los sujetos suelen iniciar el consumo del tabaco, y la etapa donde se instalan actitudes y creencias en relación al tabaco. Por otro lado, los adolescentes son especialmente vulnerables a acciones de promoción del consumo, por lo cual es muy relevante contar con información sobre el tabaquismo y sus determinantes en la adolescencia.[2]

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes permite obtener información clave para el monitoreo de nuevas políticas de control del mismo, como las propuestas por el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco 4 y su paquete de medidas MPOWER (Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención; Proteger a las personas del humo de tabaco; Ofrecer ayuda para abandonar el consumo; Warn-advertir- acerca de los peligros del consumo de tabaco; Enforce-hacer cumplir la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio; Raise-aumentar- los impuestos al tabaco. [3]
El tabaquismo constituye la principal causa de muerte prevenible y un problema de salud pública de relevancia a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo produce más de 5 millones de muertes por año en el mundo, y en Argentina cerca de 40.000 muertes anuales se deben al consumo de tabaco. [1]

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 comportamiento 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 salud; dicha etapa es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. En efecto, se trata del período en el que tiene lugar la experimentación con el tabaco y durante su curso se perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado. [4]

En efecto, el tabaquismo es un freno al desarrollo, reduce la salud y productividad de sus víctimas, pues sus efectos nocivos se expresan en el periodo más productivo de la vida. Las acciones para evitar estos daños a la salud, deben reforzarse, debemos prevenir que los niños inicien el consumo del tabaco en forma temprana y ayudar a los que ya fuman para que dejen de hacerlo, así como, crear espacios libres del humo de tabaco para proteger a los no fumadores. [5]

Se estima que las muertes anuales se incrementarán a 10 millones para el año 2020, sobre todo en países en desarrollo donde se encuentra el 84% de los 1.3 billones de fumadores.[6]

Desde los sesentas, la producción global de tabaco ha aumentado un 300% en los países de bajos y medios recursos, mientras que se redujo en más del 50% en los países desarrollados. El costo económico mundial del tabaco para 2020 será de 500000 millones de dólares.[6, 7]

Cerca de un cuarto de la gente joven que fuma prueba su primer cigarrillo antes de la edad de 10 años. El incremento en los niños fumadores es debido a la comercialización de los productos del tabaco, la facilidad al acceso a éstos, los bajos precios, la presión y aprobación de su consumo por sus amigos fumadores, parientes y hermanos y la impresión errónea de que fumar incrementa la popularidad social.[8]

Los hombres jóvenes que fuman experimentan mayores riesgos de padecer disfunción eréctil que aquellos que no fuman, y el riesgo de impotencia incrementa con cada cigarrillo fumado. [9]

El riesgo más importante para los adolescentes es la adquisición de una adicción que les reducirá el tiempo de vida. Los fumadores que se vuelven adictos al tabaco en su juventud, encaran el mayor riesgo de contraer o sucumbir ante las enfermedades relacionadas con el tabaco como son el cáncer, enfisema, derrame cerebral y enfermedades del corazón.[9]

A menos que el hábito de fumar disminuya drásticamente, el cigarrillo podrá matar eventualmente a 250 millones de niños y adolescentes. El 86% de los jóvenes alrededor del mundo están de acuerdo en que el fumar no hace más atractivos a los niños y adolescentes varones. Cerca de 50 millones de niños chinos eventualmente sufrirán muerte prematura relacionada con las enfermedades provocadas por el tabaquismo.[10, 11]

Se aprende a fumar durante la infancia o la adolescencia. En este contexto, alrededor del 20% de los fumadores han comenzado a fumar a los 13 años y más del 90% antes de los 20 años, si el inicio de fumar se retrasa hasta la madurez, la acción de convertirse en fumador será poco frecuente.[12]

En Europa, el 18.9 % de los estudiantes fuman habitualmente (12.1% chicos, 6.8% chicas). Existe una mayor prevalencia en Europa; y la más baja es en la Región Mediterránea Este.[13]

En México, el análisis de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada entre los años 2003 y 2006 en 11 ciudades, concluye que hubo un incremento de 4 a 5 % de fumadores entre jóvenes de 13 a 15 años. Las ciudades con mayor prevalencia son algunas de las capitales de los estados del centro de la República Mexicana, entre los que destacan, Puebla, Estado de México, Hidalgo y Morelos, así como la ciudad de México. [14]

En América Latina el 23,7 % de la población mayor de 17 años es fumadora; el 75% se inicia en la adolescencia. [15]

En Colombia estudios realizados nos dan una idea del uso del tabaco y sus derivados entre los jóvenes colombianos. Un estudio realizado entre

estudiantes del 10º grado en Bogotá encontró que un 77% de los estudiantes había fumado al menos una vez en su vida. Asimismo, un 60% de los estudiantes reportó haber fumado en los 30 días antes del estudio. De mayor interés es el hecho de que una tercera parte (33%) de los casi 2.000 estudiantes que participaron en el estudio dijo haber comenzado a fumar entre los 9 y los 13 años de edad. Este estudio también encontró que un 9% de los estudiantes masticó tabaco durante en los 30 días antes del estudio.[16, 17]

En Cuba un estimado de 12 000 muertes fueron atribuibles al uso del tabaco en el año 1986, lo que representó 16 % del total de fallecidos. Estimaciones posteriores muestran que estas cifras no han disminuido. En un estudio de neoplasia del pulmón se comprobó que el factor de riesgo más frecuente fue el tabaquismo con 85,3 %.[12]

La situación de país productor, el arraigo a esta adicción, su vinculación a la vida cotidiana, cultural y política, hacen que el cubano se considere un pueblo de fumadores. La prevalencia de adictos fumadores en Cuba ha sido considerada alta desde que se dispone de información al respecto. Durante la década del 80 el país se encontraba en la primera fase de la epidemia. Por medio de estudios más recientes se pone de manifiesto que dos de cada diez cubanos fuma activamente, lo que nos sitúa en el quinto lugar de los países de mayor prevalencia.[17]

En la provincia de Holguín existe un elevado número de fumadores, donde se observa además un aumento en la población menor de 15 años que se inician en el hábito de fumar, a nivel municipal se han realizado estudios en diferentes poblaciones con una mayor incidencia en el sexo masculino y generalmente asociado al consumo de alcohol.[17]

Por cuanto teniendo en cuenta lo antes expuesto, podemos decir que: el consultorio médico de la familia # 29 no está lejos de ello, puesto que en el análisis de la situación de salud correspondiente al año 2016 se identificó como principal problema de salud, la alta prevalencia del hábito de fumar. Este factor de riesgo o enfermedad, causante quizás de la mayor pandemia que haya existido, con una prevalencia de un 29.7 % y está relacionada con

más de 6 enfermedades que son causadas o agravadas por el hábito de fumar: la hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, insuficiencia vascular periférica, enfermedades respiratorias, entre otras. Todo esto trae consigo que se afecte principalmente la fuerza de trabajo y con ello la economía del país.

Es por ello que el hábito de fumar constituye hoy un problema priorizado, y es una necesidad inmediata disminuir el consumo y efecto del cigarro, lo que justifica la importancia de desarrollar un programa de intervención con el objetivo de prevenir el tabaquismo.

Por todo lo anterior se plantea como pregunta científica:

¿Cómo modificar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo a través de una intervención educativa?

Objetivos:

General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo en los adolescentes pertenecientes al consultorio 29 del Policlínico Máximo Gómez Báez en el periodo comprendido de febrero 2017 a abril 2018.

Específicos:

- Conocer el nivel de conocimientos antes de la intervención.
- Implementar el programa de intervención educativa.
- Evaluar conocimientos adquiridos durante la intervención.

Marco Teórico

Tabaco: componentes.

Cada cigarrillo contiene entre 7 y 20 mg de alquitrán y produce 80 cm^3 de monóxido de carbono, que reduce en 10% la capacidad de transporte de oxígeno sanguíneo. Entre las 4000 sustancias químicas que se encuentran en los cigarrillos de hoy, más de 40 producen cáncer.[18]

Los filtros de los cigarrillos (las colillas) están hechos de acetato y NO SON biodegradables, es decir, permanen en el ambiente antes de degradarse. En el humo del cigarrillo se pueden encontrar sustancias tóxicas como la nicotina, monóxido de carbono, acetona, amoniaco, tolueno, ácido acético, Ddt, metano, formaldehído; como también se encuentran las sustancias cancerígenas como el benzopireno, el arsénico, el níquel, 1 – naftilamina, 4 – aminodifenil, polonio – 210, clorato de vinil uretano, cadmio, anilina.[18]

Nicotina: veneno potentísimo que actúa directamente sobre el sistema cardiovascular a nivel de las arterias pequeñas y de los capilares que producen una vasoconstricción, es decir, disminuye el diámetro de las arterias y en consecuencias dificulta y reduce la cantidad de sangre circulante. Esto va a provocar un esfuerzo al corazón que se ve obligado a latir más veces por minuto (taquicardia) para llevar la misma cantidad de sangre a los tejidos. Por otra parte, actúa sobre el sistema nervioso central. Produciendo una excitación seguida de depresión.[18]

Monóxido de carbono: es uno de los gases del humo del cigarrillo. Atraviesa con facilidad las paredes de los alvéolos pulmonares e impide que la sangre recoja en ellos la cantidad normal del oxígeno. Por eso, el corazón se ve obligado a bombear con mayor fuerza y trabajo.[18]

Acetona: la acetona se usa en la fabricación de plásticos de plásticos, fibras, medicamentos y otros productos químicos. También se usa para disolver otras.[19]

Amoníaco: el amoníaco es un gas incoloro con un olor característico. Se usa en muchos productos de limpieza domésticos e industriales, y en productos para limpiar vidrios. El amoníaco se aplica directamente al suelo en terrenos agrícolas, y se usa para fabricar abono para cosechas agrícolas y plantas.[19]

Polonio 210: el Polonio-210 viene de los fertilizantes fosfatados que se utilizan en las plantaciones de tabaco y que es absorbido por las raíces y acumulado en las hojas; persiste en el proceso de secado e industrialización y al fumar queda atrapado en la mucosa bronquial. Un fumador de paquete y medio de cigarrillos por día recibe en los bronquios 400 rads de radiaciones alfa por año, lo que equivale a 300 radiografías de tórax, es decir, casi una por día.[19]

Cadmio: el cadmio es una sustancia natural en la corteza terrestre. Generalmente se encuentra como mineral combinado con otras sustancias tales como oxígeno, cloro, o azufre. Tiene muchos usos incluyendo baterías, pigmentos, revestimientos para metales, y plásticos. El cadmio y sus compuestos son carcinogénicos. [19]

Anilina: la anilina es un líquido entre incoloro y ligeramente amarillo de olor característico. Es usada para fabricar la espuma de poliuretano, productos químicos agrícolas, tinturas sintéticas, antioxidantes, estabilizadores para la industria del caucho, herbicidas y barnices y explosivos. [19]

Tolueno: el tolueno se usa en la fabricación de pinturas, de diluyentes de pinturas, barniz para las uñas, lacas, adhesivos y gomas, en ciertos procesos de imprenta y cultivo de cuero. [20]

Ddt: es un insecticida liposoluble, que sólo se disuelve en sustancias grasas, no se elimina en la orina y se acumula en los tejidos grasos. Hace tiempo que se dejóde usar por su persistencia en el medioambiente. [20]

Metanol: es el alcohol más sencillo. Es un líquido ligero, volátil, incoloro, inflamable y tóxico que se emplea como anticongelante, disolvente y combustible. [21]

Benzopireno: el benzopireno es un hidrocarburo poli cíclico aromático. El a-benzopireno es uno de los derivados de mayor factor de riesgo, tras largos periodos de consumo, puede desencadenar desórdenes celulares produciendo cáncer.[20]

Arsénico: los compuestos inorgánicos de arsénico se usan principalmente para preservar madera. Los compuestos orgánicos de arsénico se usan como pesticidas. El arsénico no puede ser destruido en el medio ambiente. Como compuesto, el arsénico puede ser tóxico, es por eso que es aplicado comúnmente en el veneno de ratas.[18]

Antecedentes Históricos del tabaco

La planta del tabaco es originaria de América; el hombre la ha usado para inhalar el humo de sus hojas desde hace aproximadamente 2,000 años. El componente químico principal de la hoja del tabaco y que la hace adictiva, es la nicotina, sustancia que farmacológicamente tiene un efecto doble, pues resulta estimulante y sedante a la vez.[19]

Es adictiva porque produce una sensación placentera al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. La nicotina es absorbida fácilmente a través de la piel, las mucosas y los pulmones; la forma más frecuente de administración es inhalada, absorbiéndose a través de las mucosas de la boca y las vías aéreas para llegar al plasma en donde alcanza niveles suficientes para atravesar la barrera hematoencefálica y llegar a los núcleos dopaminérgicos pocos segundos después de su contacto con el organismo, lo que proporciona al adicto efectos placenteros muy rápidamente. La vía inhalada proporciona efectos casi inmediatos al fumador, pues en un lapso de apenas siete segundos puede inducir una sensación de alerta, acompañada de cierta relajación muscular

debido a la activación del sistema de recompensa del núcleo accumbens, con elevación de los niveles séricos de glucosa y liberación de catecolaminas. [19]

El tabaco se descubrió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas. El conocimiento inicial en Europa se realizó por las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas y por el informe que el fraile Romano Pane le rindió al rey Carlos V en el año de 1497, en donde describía las virtudes medicinales de las hojas de tabaco. En 1497, Américo Vespucio lo señalaba como masticatorio por los indígenas en una de las islas de Venezuela. En 1510, los hombres de Colón llevaron las primeras semillas a España. Los indios ixoquis de Canadá lo fumaban en 1545.[17.19]

El tabaco ya se consumía por los indígenas de América desde la época pre colonial. Entre otros, los mayas lo empleaban con fines religiosos, políticos, así como medicinales. Los aztecas lo conocían como yetl y lo empleaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante. [19]

Para finales del siglo XVI, el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, principalmente gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales, de África, etc. Los turcos empezaron su cultivo en Tracia a mediados del siglo XVI, empleando la Nicotiana rustica, originaria de México. Socialmente, el tabaco adquirió aceptación cuando el embajador de Francia, Jean Nicot, lo recomendó en su forma de polvo inhalado nasalmente, a la reina de Francia, Catalina de Médicis, como remedio en contra de sus frecuentes e intensas cefaleas; de hecho, la reina se hizo al hábito y la costumbre se extendió rápidamente entre los nobles de Europa, convirtiendo su uso en verdadera regla de etiqueta; en Francia, André Thevet, cosmógrafo, también tuvo que ver con la difusión de la planta y sus usos; en 1558 lo mencionaba en Brasil con el nombre local de Petún. Para algunos, los ingleses son los responsables de que se popularizara la costumbre de fumar gracias a Sir Walter Raleigh, cortesano de Isabel I, percibiéndosele entonces como un distintivo de aristocracia.[18]

El consumo de tabaco continuó extendiéndose; sin embargo, se adoptaron diversas políticas para penalizar y restringir su consumo; entre ellas, sobresale la excomunión dictada a los fumadores por los Papas Vibano (Urbano) VII, Vibano VIII, Inocencio X eI nocencio XII; físicamente más terribles resultaron las penas que iban desde el arresto hasta la horca y la decapitación, pasando por diversos tipos de mutilación, ejercidos en Dinamarca, Rusia, China y Turquía. Ya en 1619 Jacobo I, rey de Inglaterra, lo declaró nocivo en su documento Misocarpus; en 1635 fue prohibido por los frailes dominicos. En 1606 Felipe III decretó que el tabaco sólo podía cultivarse en Cuba, Santo Domingo, Puerto Rico y Venezuela y ordenó pena de muerte para los que vendieran semillas a los extranjeros.[19]

TIPOS DE TABAQUISMO

Siguiendo a Russell, podemos referirnos a siete estilos o tipos fundamentales de tabaquismo, aun estos se pueden incrementar si consideramos que en la práctica los tipos o estilos no aparecen puros, sino que por lo general se combinan. Los tipos en cuestión son:

1.-Psicosocial.

- ✓ Tipo de tabaquismo en el cual hay un predominio de los factores psicológicos y sociales asociados al hábito de fumar, por ejemplo búsqueda de aceptación, necesidad de crearse una imagen como un individuo adulto, un sujeto interesante., necesidad de ser considerado un sujeto con "personalidad".

- ✓ Pueden existir, igualmente, otras posibles identificaciones e imágenes con las cuales se puede asociar el fumar.

2.-Sensorio Motor.

- ✓ En estos sujetos, existe un predominio de toda una serie de rituales asociados al acto de fumar, tales como:la manipulación de la cajetilla del cigarro al prenderlo, darle golpes, jugar con el humo, y otros.

3.-Indulgente.

- ✓ En este caso, el fumar se asocia a momentos agradables de la vida cotidiana tales como: tomar café, actividad de sobremesa, ingerir bebidas alcohólicas y otras que resultan relajantes o placenteras para el sujeto.

4.- Sedante.

- ✓ El fumar se emplea como una forma o mecanismo reductor de la tensión.

5.-Estimulante.

- ✓ El sujeto tiene la impresión o la sensación de que el fumar lo provee de nuevas y mayores energías cuando se encuentra fatigado, cuando está realizando un trabajo que requiere pensar, concentrarse en determinado asunto, y en general cuando se siente que necesita de un "extra" para afrontar determinada actividad.

6.-Adictivo.

- ✓ En este grupo se encuentran, generalmente, los fumadores moderados (entre 15-24 cigarrillos por día) y los grandes fumadores (consumo de 25 o más cigarrillos diarios).Los fumadores que presentan este tipo de tabaquismo, son dependientes de la nicotina y fuman un cigarro cada 30 ó 45 minutos y a veces en períodos de tiempo menores a este.

7.-Automático.

- ✓ En esta categoría, se encuentran los fumadores que de manera automática realizan el acto de fumar; esto puede acontecer, a veces, por imitación de alguien que prende un cigarro a su lado, o bien por la presencia de algún estímulo "disparador" como la presencia de un cenicero.[21]

Tipos de consumidores de tabaco.

Son los fumadores propiamente dichos, las personas que fuman directamente el cigarro, que pueden a llegar a sufrir una dependencia física y psicológica que va a generar un síndrome de abstinencia. [20]

Clasificación de los fumadores:

- ✓ Fumador leve: Es el que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día. Tiene hasta 15 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón que la población no fumadora.

- ✓ Fumador moderado: Es el que fuma entre 6 y 12 cigarrillos promedio por día. Aumenta hasta 40 veces las probabilidades de cáncer de pulmón.

- ✓ Fumador severo: Fuma más de 13 cigarrillos por día en promedio. Incrementa hasta 60 veces la probabilidad de cáncer de pulmón.[21]

Factores que influyen en la iniciación al tabaquismo

Fumar, es una conducta socialmente aprendida, con diferencias individuales, familiares, económicas, culturales y sociales. Curiosidad natural, disponibilidad de cigarrillos, imitación de la conducta de padres, hermanos, amigos y familiares y deseo de aceptación social, son las causas fundamentales de iniciación al tabaquismo, cuando se encuentra en su etapa de experimentación.[21]

La curiosidad natural se da fundamentalmente en los niños, el grupo que prueba el primer cigarrillo antes de los 10 años de edad y son generalmente aquellos que se relacionan con fumadores en la familia y pueden acceder fácilmente a un cigarrillo. Es cierto que en esta curiosidad también se encuentra implícita la imitación, pero es una imitación donde prima la intención de "probar lo que hacen" más que de "hacer lo que hacen". El ordenamiento de a quién imitar, depende de factores individuales y también sociales. [21]

Indudablemente que los medios de comunicación social constituyen un elemento muy importante, tanto para crear la curiosidad en los niños, como para llevar a los adolescentes a querer imitar patrones atractivos fabricados por la publicidad en el propósito de garantizar su mercado. [1]

En la etapa de habituación, los aspectos sociales tienen un peso importante, aunque obviamente la relación física y psicológica también juega su papel. Si el cigarrillo le hace sentir nauseas, tos o mareo, hay más probabilidad que cese en el empeño que si no sucede así. Pero independientemente la aprobación o rechazo que sienta a su alrededor en su nueva conducta, serán determinantes en que pueda llegar a la fase de mantenimiento y finalmente convertirse en fumador.[22]

Con relación a la iniciación al tabaquismo en niños y adolescentes, pueden resumirse los siguientes aspectos:

- ✓ Los fumadores comienzan la etapa de experimentación antes de los 10 años.
- ✓ Las niñas comienzan la fase de experimentación más tardíamente que los varones.
- ✓ La experimentación aumenta con la edad.
- ✓ Cuanto más se retrasa la edad de inicio, menor es la posibilidad de ser fumador.
- ✓ El porcentaje de niños y adolescentes que comienzan a fumar aumenta cada año.
- ✓ Comienzan a fumar más los que tienen padres, hermanos y amigos fumadores.
- ✓ Al menos dos terceras partes de los actuales fumadores, se iniciaron en el tabaquismo sin ser adultos.[23]

Enfermedades ocasionadas por el tabaquismo.

Diversos estudios han mostrado la influencia nociva que los distintos componentes del tabaco ejercen sobre el organismo humano, provocando un gran número de trastornos a la salud y al bienestar de los fumadores.

Entre la multiplicidad de componentes nocivos del tabaco, la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán se destacan por su toxicidad.La nicotina pasa al torrente sanguíneo y se distribuye por todo el organismo, aumenta el trabajo del corazón y en general produce efectos negativos en el sistema respiratorio y circulatorio.

Enfermedades cardiovasculares: el riesgo de desarrollar este tipo de padecimientos en fumadores es de 3 a 4 veces mayor que en los no fumadores. El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria, junto con la hipertensión arterial y aumento de colesterol, así como de arteriosclerosis periférica o claudicación intermitente. [24]

El monóxido de carbono se combina con la hemoglobina de la sangre formando la carboxihemoglobina, reduciendo en general el abastecimiento de oxígeno al organismo, lo cual predispone al infarto del miocardio.[24]

Se ha comprobado que el tabaco origina ateromatosis delas arterias cerebrales, provoca un riesgo entre 2 y 3 veces superior a sufrir trastornos oclusivos y entre 4 y 5 veces para trastornos hemorrágicos; este peligro es significativo en mujeres que, además de fumar, toman anticonceptivos, 22 veces más que las no fumadoras. El tabaquismo incrementa la tasa de neutrófilos en sangre periférica y, por consiguiente, los niveles de elastinas y radicales libres. Estas sustancias provocan una lesión endotelial directa y facilitan el desarrollo de arteriosclerosis. Si se abandona el consumo, el riesgo de muerte desciende a partir del segundo o tercer año, y se iguala con el de los no fumadores a los 10 años de dejar la adicción. [15]

Enfermedades respiratorias: En general, los fumadores presentan una mayor prevalencia de síntomas respiratorios (tos, expectoración y disnea de esfuerzo). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en países desarrollados.[24]

El conjunto de las enfermedades bronco pulmonares ha ido en aumento a nivel mundial; embargo, cabe destacar que el costo social por estos problemas es elevado, ya que incluye disminución de la productividad por ausentismo escolar y laboral, gastos en atención médica y pérdida en años de vida productiva.[24]

La EPOC es un problema médico frecuente que se estima que afecta a 16 millones de estadounidenses. Es más común en los varones que en las mujeres y los blancos se afectan más que los afros americanos. Existe una mayor prevalencia entre las personas con nivel socioeconómico bajo y entre aquellos con antecedentes de bajo peso al nacer. La EPOC es la 4ª causa de muerte en EUA y es la única de las 10 principales que continúa aumentando.[24]

En la actualidad, el grupo de Fibrosis Pulmonar del INER ha demostrado que al menos3 enfermedades intersticiales del pulmón están relacionadas con fumar cigarrillos: bronquiolitis, neumonía descamativa intersticial e histiocito pulmonar de células de Langerhans.[24]

Carcinogénesis: desde 1990, los tumores malignos se han incrementado y ocupan la 2ª causa de mortalidad en México, la mayoría de estos cánceres están relacionados con el tabaco; el de la cavidad oral 93%, el pulmonar 85%, el cáncer laríngeo 82%, el esofágico 80%, el cáncer en cuello uterino 30% y las leucemias en 14%. Esto es consecuencia de los más de 50 cancerígenos potenciales que se inhalan dentro del contenido del humo del tabaco, los hidrocarburos policíclicos, los alquitranes, nitrosaminas, cadmio, polonio, radón, etc.[25]
Otro factor que aumenta la posibilidad de desarrollar esta enfermedad es el alcohol. Asociado al tabaco, el aumento del riesgo es de 75%. El alcohol funciona como disolvente de las sustancias contenidas en el tabaco aumentando así su potencialcancerígeno.[26-27]

Cáncer de la cavidad oral: estudios de cohortes han demostrado también una frecuencia alta de cáncer bucal en fumadores. Las zonas afectadas son: suelo de la boca, base de la lengua, área retromolar y arco palatino. El tiempo para que el agente carcinógeno ejerza su acción como carcinoma invasor es largo, se estima que, se necesitarían de 15 a 20 años fumando 20 cigarrillos por día. El tabaco es el responsable de 92% de estos cánceres en hombres y de 61% en mujeres.[26]

Cáncer de pulmón: es más frecuente entre los fumadores. Se ha convertido enla 1ª causa de mortalidad en Estados Unidos (EU) y diversas zonas del mundo. La reciente incorporación de las mujeres al tabaquismo ha dado lugar en EUA a un incremento de300% de muertes entre 1950 y 1994, sin corresponder con una elevación similar en el hombre. Este hecho ha condicionado que en algunos países como Canadá, Dinamarca, Escocia y EUA la frecuencia del cáncer de pulmón haya llegado a ser mayor que el más habitual de los cánceres femeninos en los países desarrollados: el cáncer de mama. El diagnóstico del cáncer pulmonar es difícil de realizar, el médico general tiene un papel muy importante para sospechar el diagnostico en fase temprana que es en la etapa en que el tratamiento quirúrgico puede resolver el problema. Las medidas para reducir el cáncer de pulmón son: evitar que la juventud empiece a fumar y lograr que los fumadores abandonen la adicción.[26]

Cáncer faríngeo y laríngeo: el tabaco es el causante del 90% de los cánceres de laringe; se originan en las cuerdas vocales, las estructuras que generan el habla. Sus síntomas característicos incluyen tos, hemoptisis y disfonía que ocurre a menudo en las primeras etapas de la enfermedad y que en la mayor parte de los casos pueden tratarse con cirugía, combinada a menudo con radiación. El riesgo a desarrollar esta enfermedad es 10 veces superior entre las personas fumadoras y veces superior en el caso de las mujeres y es similar para quienes fuman puros o pipa.[2]

Cáncer del esófago: los tumores malignos del esófago, en forma predominante, son los carcinomas escamosos. Estos cánceres aparecen en la membrana superficial y causan síntomas de obstrucción del esófago y dolor retroesternal. El tabaco es el responsable de casi 80% de los cánceres del esófago, enfermedad más frecuente en los hombres. El tabaco asociado al alcohol aumenta de 25% a 50% las posibilidades de aparición del cáncer de esófago. Se considera que la mortalidad por esta neoplasia es 1.3 a 11veces mayor en los fumadores.[28]

Cáncer del estómago. Hay estudios que atribuyen al tabaco 20% de los casos de este tipo de cáncer. El tabaco es también un importante factor en la aparición de la úlcera péptica. Se ha atribuido la razón de ello a una alteración del equilibrio entre las secreciones ácidas y alcalinas que perturban la motilidad pilórica, provocando reflujo gastroduodenal y en ocasiones úlcera gástrica.[25]

Cáncer del páncreas: los fumadores tienen el doble de posibilidades de sufrir esta enfermedad que los no fumadores. Las personas que fuman más de 40 cigarrillos al día poseen un riesgo 5 veces superior que quienes no fuman. Abandonada la adicción a los 10 ó 15 años, la incidencia se equipara a la de no fumadores. Hay también otros factores que influyen en el cáncer del páncreas, como son la dieta y el consumo de café y alcohol.[25]

Cáncer de la vejiga y el riñón: Se atribuye al tabaco casi 50% de las muertes debidas a los cánceres de la vejiga y del riñón en los hombres. En las mujeres, la proporción es de 37% para el cáncer de la vejiga y de 12% para el riñón. El riesgo de padecer estos cánceres es de 2 a 3 veces superior para los fumadores, con independencia de su sexo. [28]

Otras enfermedades

Fumar más de 25 cigarrillos al día duplica el riesgo de padecer diabetes no insulino-dependiente. Además, los diabéticos fumadores tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad arteriosclerótica, nefropatía diabética y resistencia a la insulina. El tabaco disminuye la secreción de hormonas tiroideas y bloquea su acción. De hecho, la oftalmopatía de Graves es 7 veces más frecuente entre fumadores y cursa de forma más grave. Fumar también produce una disminución de la densidad ósea y aumenta el riesgo de fracturas. La mujer fumadora presenta una menopausia precoz y, el hombre, un deterioro del funcionamiento sexual, impotencia y alteración en la formación del esperma. La estomatitis por nicotina, la enfermedad periodontal, caries, halitosis, leucoplasia y disminución del olfato y del gusto, son otras consecuencias del consumo de tabaco. [28]

Caries: el cigarrillo está relacionado con la aparición de caries y enfermedad de las encías. Cuando la nicotina se une con el aire se oxida y forma una sustancia color marrón que se deposita y mancha de amarillo los dientes de los fumadores. El cigarrillo también es causa de mal aliento. Muchos adolescentes dicen que darle un beso a un fumador es como "chupar un cenicero". En algunos casos la enfermedad de las encías se asocia con caída de algún diente. A largo plazo, el consumo de tabaco se asocia con cáncer de la cavidad bucal, un cáncer muy maligno.[25]

Arrugas: la nicotina contrae las arterias y disminuye el flujo sanguíneo a los pequeños vasos de la piel acelerando el envejecimiento facial y promoviendo las arrugas. Esto se nota más en las mujeres. Las mujeres fumadoras especialmente envejecen más pronto que las no fumadoras.[28]

Impotencia e infertilidad: la erección en el hombre depende de que la sangre pueda llegar normalmente al pene. En los fumadores, el flujo de sangre en las arterias que llevan la sangre al pene está disminuido por el cigarrillo y puede causar impotencia. Los fumadores tienen 1.5 veces más probabilidades de sufrir impotencia que los no fumadores. Esto es más grave en aquellos hombres que aparte de fumar tienen alta presión arterial. El cigarrillo provoca disminución de la densidad y la velocidad del esperma (disminuye la movilidad en un 50%) por lo que puede causar infertilidad.[29]

El tabaquismo también provoca: caída de cabello, trastornos en el sentido del gusto, faringitis, laringitis, infecciones de senos paransales (sinusitis), infecciones en el oído (otitis), trastornos de la visión, úlcera gastroduodenal, osteoporosis, disminución de la fertilidad en la mujer, climaterio (menopausia) precoz en la mujer.[3]

Etapa de la adolescencia. Características.

La OMS considera la adolescencia como una etapa de la vida que se desarrolla entre los 10 y 19 años con dos fases entre ellas adolescencia temprana de 10-14 y la adolescencia tardía 15-19 años. [30]

La duración media de estos cambios puberales es de 3 ó 4 años y afectan de forma muy importante a la sexualidad y a la figura corporal. La capacidad de reproducción, con todo lo que ello conlleva: cambios hormonales, comienzo del ciclo menstrual en la mujer, capacidad de eyacular en el varón etc., supone un cambio cualitativo en la sexualidad; cambio que se ve acompañado de la definición de la orientación de deseo y un mayor interés por las conductas sexuales. El deseo sexual, la atracción y la capacidad de enamorarse dan a la sexualidad una dinámica nueva convirtiéndose en una de las motivaciones más significativas, mediatizando el deseo, la fantasía y las conductas interpersonales.[31]

De forma paralela a los cambios fisiológicos, tienen lugar otros muchos y complejos cambios mentales, emocionales y sociales. Nuevas capacidades mentales, las denominadas por algunos psicólogos, capacidades formales o de abstracción y combinatoria, les permite construir sus propias ideas, entender la realidad como algo que se puede cambiar, criticar el pensamiento de los adultos y adquirir valores morales. Estas nuevas capacidades les ayudan enfrentarse a nuevas situaciones y les llevan a analizar críticamente la familia, el sistema escolar y la sociedad en general. La incoherencia y las injusticias de la organización social controladas por los adultos seles puede hacer evidente y difícilmente admisible.[5,8,31]

En esta etapa evolutiva, el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, sino fijados, al menos orientados, y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que los llevará a tratar de independizarse de sus padres y buscar su propia identidad.[32]

La etapa de la adolescencia destaca tres aspectos importantes:

- ✓ Además de ser transitoria, se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante. Es un proceso evolutivo, que se da en un marco social e histórico concreto. Este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de las cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras y otras problemáticas.[33]

✓ Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva. En este sentido, cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelve, es decir, espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.

✓ Los adolescentes expresan sus dificultades y conflictos normalmente en términos sociales. Desembocan en conductas y en comportamientos problemáticos en el área social: conductas de gamberrismo, actuaciones arriesgadas, afirmación mediante la trasgresión de las normas, consumo de drogas, conducción arriesgada, etc.[34]

La adolescencia, como etapa evolutiva, es un período significativo en relación al consumo de sustancias, ya que está demostrado, que el consumo de tabaco tiene su origen en edades relativamente tempranas, concretamente en los primeros años de la adolescencia. Existen una serie de características evolutivas propias de la adolescencia (cambios cognitivos, personales y psicosociales), que pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en este momento vital, a tener un consumo problemático de sustancias ya que les sitúan más cerca de la influencia por los grupos principales de factores deriesgo.[35]

Las características propias de la adolescencia que pueden favorecer el consumo de sustancias son resumidas en:

1. **Necesidad de reafirmación**: La formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, ya que se produce una tendencia a preocuparse en exceso de su imagen y por cómo son percibidos por los demás. Los adolescentes necesitan reafirmar su identidad y para ello han de compartir unos “ritos” específicos, muchos de ellos, están íntimamente ligados a los ritos propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo del tabaco y de otro tipo de drogas, utilizadas como objetos/sustancias generadoras de vínculos sociales.

A la vez que el consumo les confiere identidad frente a los adultos, también les proporciona símbolos propios, que redundan en el sentido de pertenencia grupal e identidad frente a otros grupos de jóvenes, incorporándose en determinadas subculturas juveniles. [36]

2. **Necesidad de trasgresión:** se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden de valores… y ahora no encuentra ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta. El espacio de trasgresión para los adolescentes parece reducirse a muy pocos aspectos, uno de ellos es el consumo de tabaco vinculado habitualmente a sus tiempos y espacios de ocio. Creen que están contraviniendo el orden social establecido y lo viven como un acto de provocación frente al mundo adulto y sus normas. [15]

   Algunos autores afirman que el rechazo a las actitudes y valores normativos de la sociedad, y las actitudes positivas hacia este consumo, constituyen un importante factor de riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes. Unas actitudes favorables a este consumo y una percepción del mismo vinculado a una cierta trasgresión de las normas establecidas pueden interpretarse por el adolescente como una forma de construir una identidad específica, diferente a la ofrecida por la sociedad. [36,37]

   El incentivo de esta rebeldía sería más importante entre los 15 y 17 años, es decir, durante la adolescencia media. Estas actitudes, además, podrían considerarse como una de las variables más directamente relacionadas con el consumo desustancias, si tenemos en cuenta que dichas actitudes son también una importante variable explicativa de otras conductas transgresoras de tipo delictivo o predelictivo durante la adolescencia.[35]

3. **La figura corporal:** se convierte en una de las mayores preocupaciones de la mayoría de los adolescentes obligándoles a adaptarse a ella y a redefinir su autoestima personal y social. Se sienten más presionados por los modelos de belleza dominantes, tienen frecuentes preocupaciones y deseos de cambiar algún aspecto de su figura.[38]

4. **Rechazo a la ayuda del adulto**: la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentarse a situaciones y conductas de riesgo que pueden representar una amenaza para su desarrollo posterior.

5. **Susceptibilidad frente a las presiones del entorno:** los adolescentes pueden ser sensibles a las campañas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas (tanto legales como ilegales) con una determinada imagen. “Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas, pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias”. [38]

6. **Necesidad de experimentación y búsqueda de sensaciones nuevas**: la existencia de una vulnerabilidad individual a la adicción podría estar relacionada con factores de personalidad. Uno de los más estudiados en relación a la susceptibilidad a la adicción la búsqueda de novedades, sensaciones o experiencias nuevas, variadas y en ocasiones arriesgadas o peligrosas. La necesidad de experimentar sensaciones nuevas e intensas, el ansia de estimulaciones fuertes, conocerse y conocer las propias limitaciones, son características muy asociadas a la adolescencia y aspectos frecuentemente mencionados por éstos a la hora de argumentar el consumo de tabaco. [39]

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cada vez más se subraya el papel de la familia en la adquisición de comportamientos dependientes a sustancias, en el caso del tabaquismo se ha encontrado con que resulta más frecuente encontrar fumadores en los sujetos con familiares dependientes del tabaco, que en los casos en que los familiares, sobre todo los padres, no son fumadores.[35]

PRINCIPALES FACTORES PSICOSOCIALES

Entre los principales factores psicosociales que aparecen asociados al inicio del consumo de cigarrillos, se encuentran los siguientes:

a) La imitación de modelos. Como en la adquisición de otras conductas, el aprendizaje vicario o por imitación juega un importante papel en la adquisición del hábito tabaquico.Así figuras de autoridad o de importancia para el sujeto como padres, hermanos mayores,maestros, artistas y otros, constituyen importantes modelos a imitar.

b) La presión del grupo de contemporáneos.Para el adolescente las normas del grupo de pares constituyen un importante factor configurador de su comportamiento, pues en la mayoría de los casos el acatamiento de las mismas influye sobre su aceptación o popularidad o sobre la posición que ocupa dentro del grupo.

c) La novedad o curiosidad.El afán de experimental sensaciones novedosas, constituye un poderoso motor impulsor de conductas como la de fumar.

d) Factores cognitivos relacionados con el fumar.Las expectativas que los sujetos desarrollan en cuanto a los efectos o resultados de un comportamiento en particular, pueden determinar la adopción del mismo por parte de éste, así las expectativas como el que "fumar es cosa de adultos" y otras por el estilo, inducen al consumo regular del tabaco.

e) Expresión de rebeldía.El fumar puede constituir también para el adolescente, una forma de reafirmar su personalidad oponiéndose a la autoridad de sus padres. [35]

PRINCIPALES FACTORES QUE MANTIENEN EL HABITO

Entre los factores explicativos del mantenimiento del hábito de fumar tenemos:

1.-Evitación de los síntomas asociados al síndrome de dependencia nicotínico mediante la administración de nuevas dosis de la misma tan pronto algunos de los síntomas mencionados hacen su aparición.

2.-Diversos mecanismos psicológicos de recompensa, que se desarrollan y asocian con el hábito, tales como:

2.1-Efectos relajantes que para muchos fumadores le provoca el fumar.
2.2-Efectos estimulantes del fumar para un grupo de fumadores.
2.3-El fumar como ayuda para mantener el peso y evitar la obesidad.
2.4-El fumar como fuente de placer.

3.- Otros factores como los siguientes:
3.1-fumar por hábito, por costumbre.
3.2-La automatización y vinculación del fumar con actividades que le sirven de estímulo discriminativo y de disparador,como:beber,tomar café, leer y otros.[35]

CURSO

El curso de la dependencia tabaquica es variable. Algunos sujetos realizan intentos repetidos para el abandono del cigarrillo sin resultados exitosos, otros sujetos producto de alguna situación particular como el embarazo, enfermedad respiratoria o cardiovascular, hacen un esfuerzo por dejar de fumar totalmente y lo logran, pudiendo sobrepasar los efectos de la abstinencia que suele durar desde unos días hasta varias semanas. En general, se ha encontrado que durante los primeros seis meses, el índice de recaída es de un 50% y de un 70%

durante los primeros doce meses .Se considera como muy poco probable la recaída depués de un año de abstinencia. [35-36]

Diferencias de género en el consumo de tabaco.

Aunque tanto chicos como chicas parecen compartir ciertos factores predictivos en el inicio en el consumo de tabaco, la evidencia disponible indica que comienzan a fumar por motivos diferentes. La mayoría de los estudios coincide en la persistencia de motivos sensiblemente femeninos relacionados con el control de peso y la definición de la propia imagen sustentada en los valores de madurez, independencia, sexualidad y sociabilidad. [39]

La importancia del consumo de cigarrillos en la construcción de la auto-imagen de las chicas adolescentes ha sido enfatizada por numerosos. El cigarrillo se ha conformado como un símbolo de popularidad y sociabilidad en la configuración de las identidades femeninas adolescentes y juveniles. Las chicas que fuman se sienten más seguras de sí mismas, más independientes y con mayor éxito social y sentimental respecto a sus pares no fumadoras. [39]

La gestión y la definición de la imagen cobran especial importancia de cara al posicionamiento de las chicas adolescentes en la estructura de su grupo de pares. Esta estructura es jerárquica y está organizada en función de criterios de popularidad, atractivo y de estar a la moda, donde el cigarrillo tiene un uso instrumental y simbólico de situación. En el estudio realizado reveló la importancia de la relación entre las imágenes que los y las jóvenes tienen de sí mismos, las imágenes a las que aspiran y el consumo de tabaco. [40]

Entre los chicos, los fumadores se identifican con un modelo de “drogado”, mientras que los no fumadores se identifican con el modelo de chico sano, deportista y atlético. Para muchos chicos fumadores, fumar es un modo más de tomar drogas, y mostraban una imagen más rebelde, desempeñando el cigarrillo “la función cultural de diferenciar a la minoría que fumaba de la mayoría que no lo hacía”. En cambio, las chicas fumadoras no manifestaban

actitudes favorables al consumo de sustancias ilegales, sino un mayor interés por su sexualidad, su imagen corporal y por seguir la moda que las no fumadoras.[40]

La existencia de una fuerte vinculación del consumo de cigarrillos entre las chicas con sentirse atractivas, aspecto que no se apreció entre los chicos fumadores en este sentido, el consumo de cigarrillos, como otros comportamientos de riesgo, significa en la adolescencia un rito de paso hacia el estadio adulto.[40]

Otro aspecto muy interesante que se desprende de estos estudios es la pérdida de interés de los chicos por el cigarrillo como estrategia social e identitaria. Los muchachos para definir su imagen frente a los demás asumen otro tipo de estrategias basadas, por ejemplo, en el deporte, la música, la informática o las actividades al aire libre.[40]

El control del peso corporal es otro importante motivo en las adolescentes para empezar a fumar , el consumo de tabaco en las chicas está asociado con la preocupación por la delgadez y una insatisfacción con su cuerpo y que muchas adolescentes que comienzan a fumar porque creen que contribuye a disminuir el apetito y a controlar su peso. Además, existen evidencias empíricas de que el consumo de tabaco entre las chicas está asociado a la práctica de dietas, mientras que no lo está la realización de deportes, como en el caso de los chicos.[41]

Otros estudios han señalado la importancia de la relajación y la reducción del estrés como otra importante motivación de las chicas adolescentes para comenzar a fumar si bien este aspecto cobra mayor importancia en la habituación de las mujeres en el hábito tabáquico. [41]

Diseño Metodológico:

Se realizaró un estudio cuasi experimental de intervención educativa en el consultorio médico de familia 29 perteneciente al Policlínico Máximo Gómez Báez en el periodo comprendido de febrero 2017 a abril 2018. Con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismos en los adolescentes.

El **universo** estuvo compuesto por 95 adolescentes comprendidos dentre de las edades de 14 a 19 años pertenecientes al consultorio, la **muestra** quedó constituida por 50 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión.

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.

Criterios de Inclusión:

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

Criterios de Exclusión:

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

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 acerca aspectos generales del tabaquismo.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Si marca correctamente el inciso b.
		Inadecuada	Cuando marca cualquier otro inciso que no sea el b.
Nivel de conocimientos acerca factores de riesgo del tabaquismo.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Si marca solo los incisos a, b, d, e, h.
		Inadecuada	Cuando no marca los incisos a, b, d, e, h.
Nivel de conocimientos acerca las enfermedades provocadas por el tabaquismo.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Si marca solo los incisos a, b, d, g, h.
		Inadecuada	Cuando no marca los incisos a, b, d, g, h.

Nivel de conocimientos acerca cómo prevenir la adicción	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Si marca solo los incisos a, b, d, e, f
		Inadecuada	Cuando no marca los incisos a, b, d, e, f

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Para dar salida los objetivos se diseñó e implementó un Programa de Intervención Educativa en los adolescentes, el cual fue estructurado siguiendo las siguientes etapas: diagnóstico, intervención y evaluación.

Etapa Diagnóstica: se les explicó a los participantes las características del estudio. A los que dieron su consentimiento informado para participar se les aplicó la encuesta inicial a través de la cual se obtuvieron los datos generales de cada participante y el nivel de conocimiento.

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 conocimiento 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: 1hora.

- ✓ Tema II: Aspectos generales del tabaquismo.

F.O.E: conferencia.

Tiempo: 1hora.

- ✓ Tema III: Factores de riesgo del tabaquismo.

F.O.E: Dinámica de Grupo

Tiempo: 1hora.

- ✓ Tema IV: Enfermedades provocadas por el tabaquismo.

F.O.E: Conferencia.

Tiempo: 1hora.

- ✓ Tema V: Cómo prevenir la adicción.

F.O.E: debate.

Tiempo: 1hora.

- ✓ Tema VI: Conclusiones.

F.O.E: taller.

Tiempo: 1hora.

Etapa de evaluación: una vez culminada la aplicación del programa educativo se aplicó nuevamente la encuesta inicial para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención, pero esta vez se eliminaron los datos generales. El nivel de conocimiento fue evaluado por la encuesta aplicada. Los sujetos marcaron con una X solamente la opción que consideron correcta en cada pregunta.

En la investigación se emplearon métodos teóricos, empíricos y estadísticos.

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 establecer generalizaciones sobre la base del estudio y análisis de los resultados, permitiendo confirmar la validez de los aspectos teóricos que sustentarán la investigación. Además permitó 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: se utilizaron el consentimiento informado, la observación, la encuesta, el exámen.

- ✓ **El consentimiento informado:** para participar en la investigación y someterse posteriormente a la propuesta de la intervención.

- ✓ **La observación:** se utilizó para confirmar el diagnóstico antes y después de aplicar la intervención educativa**.**

- ✓ **Las encuestas:** fueron llenadas por los adolescentes incluidos en la investigación, antes y después de la intervención.

- ✓ **El examen:** para evaluar los conocimientos a los adolescentes antes y después de la intervención educativa.

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, (Stadistical Package For Scentific Social) para establecer tablas de contingencias.

- ✓ Para dar salida a los objetivos propuesto se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada sobre el tema para conocer su incidencia tanto a nivel nacional como internacional en las base de datos Medline, Pubmed, Hinari, scielo, también se revisó la literatura clásica de la especialidad.

- ✓ La bibliografía se acotó según Normas de Vancouver 2012 y el informe final se confeccionó en Microsoft Office Word 2013.

Consideraciones Éticas

Esta investigación lleva implícito contribuir a mantener y preservar la salud integral de nuestra población, lo que deviene en una permanente tarea priorizada de nuestro sector.

El estudio se realizó acorde a los principios de la ética médica y la declaración de Helsinki, lo cual quedó plasmado en el consentimiento informado. Se brindó información a los participantes relacionados con los objetivos y procedimientos para el estudio. La participación en el mismo fue totalmente voluntaria y con carácter anónimo. Se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes y sus tutores.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Distribución de adolescentes según edad y sexo. Consultorio 29, Policlínico Máximo Gómez Baez febrero 2017a abril 2018.

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.

Al determinar la distribución de adolescentes según edad y sexo (tabla 1), se comprobó 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 60.0%.

Similares resultados a los de nuestra estudio muestran Villarroel e 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 el 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. Entre los jóvenes, el uso del tabaco está relacionado con la búsqueda de independencia, rebeldía y aceptación social.

Tabla 2. Nivel de conocimientos sobre aspectos generales del tabaquismo. Consultorio 29, Policlínico Máximo Gómez Baez febrero 2017 a abril 2018.

Conocimiento	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuado	7	14	44	88
Inadecuado	43	86	6	12
Total	50	100	50	100

Fuente: encuesta.

Al determinar el nivel de conocimiento sobre aspectos generales del tabaquismo (tabla 2) se comprobó que antes de la intervención los adolescentes no poseían conocimientos (86%) solo un 14% contestaron adecuadamente todas las preguntas lo que representa 15.9 %, después de la intervención se elevó el nivel de conocimiento de los adolescentes a un 88%.

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 conocimiento.[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 conocimientos sobre factores de riesgo del tabaquismo. Consultorio 29, Policlínico Máximo Gómez Baez, febrero 2017 a abril 2018.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuado	5	10	46	92
Inadecuado	45	90	4	8
Total	50	100	50	100

Fuente: encuesta.

Al determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del tabaquismo (tabla 3) se comprobó que antes de la intervención los adolescentes no poseían conocimientos (90%) solo un 10% contestaron adecuadamente todas las preguntas lo que representa 10.86 %, después de la intervención se elevó el nivel de conocimiento de los adolescentes a un 92%.

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 demuestra 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 delos 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 les 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 Minessota se estudia la influencia de normas sociales sobre el tabaquismo en adolescentes de edad 14,7 años sobre 3128 chicas y 3146 chicos de 8º a 10º 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 descohesión de la familia, el clima escolar y la aprobación o desaprobación por parte de los amigos y al percepción correcta o incorrecta acerca de la prevalencia de tabaquismo entre los amigos.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre enfermedades provocadas por el tabaquismo. Consultorio 29, Policlínico Máximo Gómez Baez, febrero 2017 a abril 2018.				
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 conocimiento adecuados sobe el tema, después de la intervención un 78.0% de los adolescentes adquirieron conocimientos adecuados lo que representa un 72.0%.

En una estudio realizado por Atitlán 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 los jóvenes conozcan mejor los efectos del tabaquismo.[49]

Torrent Quetgla evaluó el efecto de una plática-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]

Rosa Morales y colaboradores de acuerdo a los hallazgos del estudio los escolares de educación básica, tienen conocimientos suficientes, sobre las complicaciones y daños a la salud relacionados con el consumo de tabaco; con tendencia positiva, más del 90% considera que el humo de tabaco causa daño, y más de la mitad que causa enfermedades, lo cual constituye un campo de trabajo fértil, donde se pueden sembrar factores educativos, reforzando dichos conceptos, para hacer frente al grave problema social que constituye el tabaquismo.[50]

Al evaluar el impacto de la intervención como modelo para disminuir el uso del tabaco en alumnos de nuevo ingreso al nivel educativo superior se considera como exitoso, pues el total de los participantes se evaluó en la escala de Buenos conocimientos en cuanto al daño que provoca el cigarro para la salud.[51]

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 periodo 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. Consultorio 29, Policlínico Máximo Gómez Baez, febrero 2017 a abril 2018.				
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 la dicha adicción, después de la intervención el 76.0% de los adolescentes alcanzaron un nivel de conocimiento adecuado acerca del tema, lo que representa un 72.0%.

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 etapa escolar, antes de la adolescencia, en quienes se hace necesaria la labor preventiva para retrasar el inicio de la adicción al consumo de tabaco. [50]

Gavilla González y colaboradores refieren en su investigación que la intervención educativa resultó un impacto al mejorar los conocimientos sobre el tabaquismo y disminuir de manera significativa la prevalencia del hábito de fumar entre los adolescentes estudiados a un 14,3 %.[52]

Calleja y colaboradores en la implementación de un programa en el ámbito educativo refieren que antes de la intervención los escolares no tenían conocimiento en cuanto a las medidas de prevención del tabaquismo, mejorando un 100% después de la intervención, refieren que estos estudios tienen la ventaja de llegar no sólo a los niños, sino también a sus familias. Además, hacen posible el seguimiento de cohortes enteras durante una

buena parte de la adolescencia y facilitan el monitoreo y también la implementación y la evaluación de los programas preventivos dirigidos a estos grupos de edad. [53]

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 extenderlas 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 fortalecer 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.

Conclusiones

- Se observó un nivel muy pobre de conocimientos sobre el tabaquismo antes de la intervención.
- Se elavoró e implementó un programa de intervensión educativa sobre prevención del tabaquismo, obteniéndose buenos resultados en adolescentes de 14 a 19 años.
- El mayor número de adolescentes al ser evaluados durante y después de la intervención educativa elevó su nivel de conocimientos sobre las temáticas capacitadas.
- Se demostró que las intervenciones educativas son un método eficaz para que el paciente conozca sobre esta adicción y como prevenirla.

Recomendaciones

Recomendamos extender el estudio hacia el resto de los adolescentes pertenecientes al área de salud así como a los otros grupos vulnerables y continuar fomentando las medidas para lograr alcanzar las metas trazadas por nuestro Sistema Nacional de Salud con respecto a esta práctica.

Referencias Bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. Encuesta Nacional de Tabaquismo en jóvenes. Argentina: Organización Mundial de la Salud; 2012.
2. Cables Fernández B, Cables Fernández D, Carracedo Pérez P, Fernández Peña I. Programa para la prevención de enfermedades periodontales por consumo del tabaco en adolescentes. CCM. [Internet]. 2013[Citado el 6 de abr del 2016]; (1) Supl 1. Disponible en: www.revcocmed.sld.cu/publicaciones
3. Pampel F, Legleye S, Goffette C, Piontek D, Kraus L, Khlat M. Cohort changes in educational disparities in smoking: France, Germany and the United States. SocSci Med. 2014; 21: 83-96.
4. Abad JR, Ruiz-Juan F, Rivera J I. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012; 31(3): 211-220.
5. Martínez González AE, Inglés Saura CJ, Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V. Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. ElectronicJournal Of Research in EducationalPsychology. 2012; 8(1): 11-138.
6. Ruíz-Risueño J, Ruíz-Juan F, Zamarripa JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012: 31(3): 211-220.
7. WorldHealthOrganization. WHO reportonthe global tobaccoepidemic, 2011: Warningaboutthedangers of tobacco. Geneva: WorldHealthOrganization; 2014.
8. Corbí Gran B, Pérez Nieto MA. El efecto del absentismo y el fracaso escolar en el consumo de Tabaco, en una muestra de estudiantes de 3º y 4º de la Educación secundaria obligatoria. Health and Addictions. 2013; 13 (1): 53-58.

9. Monitoreo del cumplimiento de la legislación sobre ambientes libres de humo en 15 ciudades de Argentina. Boletín N°4 de vigilancia de ENT. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires; 2011.
10. Free C, Knight R, Robertson S y col. Smoking Cessation Support Delivered via Mobile Phone Text massaging (txt2stop): a single blind, randomized trial. Lancet. 2011,378(9785):49-55.
11. León Pérez A, Escalona Aguilera JR, Rodríguez Ramirez R, Escalona Aguilera I, Pérez Leon D, Pérez ZaldivarMI. Intervención educativa sobre tabaquismo en adolescentes. [Tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas Holguín; 2011.
12. TorrentQuetglas M. El instituto, la familia y el tabaquismo en adolescentes. Revista de socidrogalcohol 2013; 25 (3): 253-259.
13. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Redondo-Olmedilla M, Álvarez Nieto C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(1): 51–57.
14. Uribe JI, Verdugo JC, Zacarias X. Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicología y Salud. 2012; 21(1):47-55.
15. Menesesa C, Markez I, Romo N, Uroz J, Ruae A, Laespada T. Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). RevAsocEspNeuropsiq. [Internet]. 2013 [Citada el 20 de abr de 2016]; 33(119). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352013000300005&script=sci_arttext
16. Calleja, N. Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las adolescentes. UniversitasPsychologica. 2012; 11(4): 1227-1234.
17. Díez Piña JM. La importancia de la educación para la prevención del inicio del consumo de tabaco entre los estudiantes adolescentes. Rev Patol Respir. 2014; 17(3): 77-78.
18. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Encuesta nacional de salud 2011-2012. [Internet].

2013 [Citado el 8 de abr de 2016]. Disponible en: ttp://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta-Nac2011.pdf

19. Menesesa C, Markez I, Romo N, Uroz J, Ruae A, Laespada T. Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). RevAsocEspNeuropsiq. [Internet]. 2013 [Citada el 20 juli de 2017]; 33(119). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352013000300005&script=sci_arttext
20. Pampel F, Legleye S, Goffette C, Piontek D, Kraus L, Khlat M. Cohortchanges in educationaldisparities in smoking: France, Germany and theUnitedStates. SocSciMed. 2014; 21: 83-96.
21. Díez Piña JM. La importancia de la educación para la prevención. Rev Patol Respir. 2014; 17(3): 77-78.
22. Jiménez Rodrigo ML. Mujeres y tabaco: la feminización del consumo de cigarrillos en España. [Tesis].Granada: Universidad De Granada; 2013.
23. Martínez González AE, Inglés Saura CJ, Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V. Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. ElectronicJournal Of Research in EducationalPsychology; 2012: 8(1): 11-138.
24. Ruíz-Risueño J, Ruíz-Juan F, Zamarripa JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012: 31(3): 211-220.
25. Corbí Gran B, Pérez Nieto MA. El efecto del absentismo y el fracaso escolar en el consumo de Tabaco, en una muestra de estudiantes de 3º y 4º de la Educación secundaria obligatoria. Health and Addictions. 2013; 13 (1): 53-58.
26. Pérez Ramos M, Lucio-Gómez Maqueo E. Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de Bachillerato. Salud y Drogas. 2012; 10(1):79-96.

27. Uribe JI, Verdugo JC, Zacarias X. Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicología y Salud. 2012; 21(1):47-55.
28. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace). Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 8˚ Básico a 4˚ Medio 2009. Santiago de Chile, 2014. [Internet]. 2014 [Citado ene 2017]. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2009_octavo_estu-dio_escolar.pdf
29. Fernández Bustos P. Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes. [Tesis]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2014.
30. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR. Guía de tratamiento del tabaquismo. España: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR; 2010.
31. Kostelecky K, Lempers J. TheRelationship of Family, Friends, Substance Use, and Delinquency in Rural OlderAdolescents. Adolescent and FamilyHealth 2013; 4: 171-180.
32. Casassus M, Valdés M, Florenzano R, Cáceres E, Aspillaga C. Parentalidad y salud mental adolescente: diferencias entre ciudades y tipo de dependencia escolar. Revista de Psicología 2011; 20(2): 125-145.
33. Aseltine R, Doucet J, Schilling E. ExplainingtheAssociationbetweenFamilyStructure and EarlyIntercourse in MiddleClassAdolescents. Adolescent and FamilyHealth. 2012; 4(4): 155-170.
34. Bares C, Delva J, Grogan-Kaylor A, Andrade F. Family and parentingcharacteristicsassociatedwithmarijuana use byChileanadolescents. Subst Abuse Rehabil. 2013; 3(2): 1-11.
35. Deptula D, Henry D, Schoeny M. How can parentsmake a difference? Longitudinal associationswithadolescent sexual behavior. J FamPsychol. 2013 Dec; 24(6): 731-9.

36. Horner P, Grogan-Kaylor A, Delva J, Bares CB, Andrade F, Castillo M. TheAssociation of Family and Peer FactorswithTobacco, Alcohol, and Marijuana Use AmongChileanadolescents in NeighborhoodContext. SubstAbuseRehabil. 2013 Sep; 2(1): 163-172.
37. Abreu G. Diseño de Proyecto Educativo para prevenir el Tabaquismo en adolescentes. [Tesis]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa; 2012.
38. Autón R. Consejos médicos en tabaquismo. RevCub Sal Púb. [Internet]. 2010 [Citado 8 ene 2017]; 36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php
39. Fernández M, García M, Valdés L, Martin L. Tabaquismo y adolescencia. Rev de Cien MédHav [Internet]. 2012 [Citado el 8 de Julio del 2015]; 18(1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_1_12/
40. Suárez L. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Sal Púb. [Internet]. 2010 [Citado 8 ene 2017]; 37(1): [aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php
41. Walsh S, Djalovski A, Boniel-Nissim M, Harel-Fisch Y. Parental, peer and schoolexperiences as predictors of alcohol drinkingamongfirst and secondgenerationimmigrantadolescents in Israel. Drug& Alcohol Dependence. 2014; 138:39-47.
42. Villarroel S, Iglesias V. Fortaleciendo el control del tabaquismo en adolescentes: revisión de programas de prevención a nivel escolar. RevChil Salud Pública 2012; 16 (2): 172- 180.
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 Australianadolescent'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 Bermudas 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/
47. González Hidalgo JA, Díaz Piedra JA, Alfonso Díaz K, Avalos González MM. Hábito de fumar en la adolescencia. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; 28(3): 282-289.
48. Hodder RK, Freund M, Bowman J, Wolfenden L, Campbell E, Wye P, et al. A clusterrandomised trial of a school-basedresilienceinterventiontodecreasetobacco, alcohol and illicitdrug use in secondaryschoolstudents: studyprotocol. BMC PublicHealth. 2012; 12: 1009.
49. Atitlán Gil S. Implementación de un modelo de intervención para la prevención del tabaquismo en alumnos de una institución de educación superior privada. [Tesis] Estado De Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado De Hidalgo; 2014.
50. Rosa Morales V, Vásquez Medina EE, Mauricio García JF, Alcaraz Ortega V. Análisis del conocimiento sobre Tabaquismo, en niños escolares de Educación Básica. Paediatrica. 2013; 5(2): 35-46.
51. Faílde Garrido J, Dapía Conde M D, Alonso Álvarez A., Pazos Millán E. Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores. Educación. 2015; 18(2): 167-188.
52. Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas 2007.Rev méd electrón [Internet] 2009 [Citado 8 ene 2017]; 31(2). Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema3.htm
53. Calleja N. Estrategias efectivas en la prevención del tabaquismo. RevMedHosp Gen Mex 2010; 73 (2): 129-139.

ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo siendo legalmente el tutor del adolescente _____ doy mi autorización a participar en una investigación que tiene como objetivo evaluar los conocimientos sobre el tabaquismo a partir de una Intervención Educativa, permito el uso de la información obtenida mediante los cuestionarios por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial.

Conozco que la investigación está basada en evaluar inicialmente los conocimientos sobre el tabaquismo y su prevención, y partiendo de ello aplicar una intervención educativa que nos permita perfeccionar esos conocimientos.

Los resultados obtenidos no tienen fines diagnósticos sino investigativos y de capacitación, por lo cual autorizo su utilización en publicaciones y con otros fines investigativos, siempre y cuando se mantenga sin revelar mi identidad.

Se me ha explicado que puedo abandonar la investigación cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones por eso, y sin que se afecten las relaciones existentes. Mis familiares pueden participar y están de acuerdo en que yo lo haga. Conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento

Fecha_____ Lugar_____

Firma del tutor_____ Firma del adolescente_____

Firma del investigador_____

ANEXO B

Encuesta.

Estimado(a) joven:

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:

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. Marque con una X, usted considera que el tabaquismo es:

a) --------Una adicción.

b) --------Una enfermedad.

c) --------Un mal hábito.

d) --------Una necesidad.

e) --------Una cuestión de moda o lujo.

3. Cuáles usted considera son los factores de riesgo para 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.

4. De las enfermedades que se relacionan a continuacion, 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.

5. 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.

ANEXO C

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Título: Intervención educativa sobre tabaquismo en adolescentes del consultorio 29 perteneciente al Policlínico Máximo Gómez Báez. 2017-2018.
Total de horas: 6 horas.

Objetivo general: Elevar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo en los adolescentes pertenecientes al consultorio 29 del Policlínico Máximo Gómez Báez en el período comprendido de Febrero 2017 – Junio 2018.

PLAN TEMÁTICO

Sesiones	Temas	Tiempo
1	Presentar el programa de intervención educativa.	1 hora
2	Aspectos generales del tabaquismo.	1 hora
3	Factores de riesgos tabaquismo.	1 hora
4	Enfermedades provocadas por el tabaquismo.	1 hora
5	Cómo prevenir la adicción.	2 horas
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 moderador, 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:

1. 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 jóvenes 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 unacomputadora 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 jóvenes 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.

Anexo D

Clave de Calificación

Clave de Calificación		
Preguntas	Clave	Respuesta correcta
1	20	a
2	20	b
3	20	a, b,d,e,h
4	20	a, b, d,g,h
5	20	a,b,d,e,f