**Universidad de Ciencias Médicas**

**Facultad de Estomatología**

**Policlínico Universitario**

**“Jorge Luis Estevanel Díaz”**

**Cueto**

**Intervención educativa sobre el hábito de fumar en adolescentes. Cueto, 2017-2018.**

**Autor: Dra. Noila Matos Rodríguez.**

**Tutora: Dra. Yanelis Lores Lores.**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL.**

**Holguín**

**2018**

**Universidad de Ciencias Médicas**

**Facultad de Estomatología**

**Policlínico Universitario**

**“Jorge Luis Estevanel Díaz”**

**Cueto**

**Intervención educativa sobre el hábito de fumar en adolescentes. Cueto, 2017-2018.**

**Autor: Dr. Noila Matos Rodríguez\***

**Tutora: Dra. Yanelis Lores Lores \*\***

**\* Residente 2do Año de Estomatología General Integral.**

**\*\* Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL.**

**Holguín**

**2018**

# PENSAMIENTO

“(…) si hay una ciencia dinámica, en constante desarrollo, y que necesita de constante atención y estudio, es la medicina”.

Fidel Castro Ruz.

# DEDICATORIA

A mis dos queridos hijos y esposo que me inspiran cada día a continuar superándome.

A mis padres que han sido testigos y aliados en mi formación como médico.

A la memoria de nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz que con su ideario me permitió formarme en esta bella profesión.

# AGRADECIMIENTOS

A mi tutora y profesora Dra. Yanelis Lores Lores y a su esposo; por permitirme contar con su ayuda incondicional y experiencia.

A mis profesores que me han brindado incondicionalmente sus conocimientos.

A todos los que de una forma u otra hicieron posible la realización de este trabajo.

# RESUMEN

Se realizó el programa de intervención educativa “Por mi Salud Bucal” con el propósito de incrementar el nivel de conocimientos sobre los perjuicios del hábito de fumar en adolescentes de la Secundaria Básica “ESBU Rubén Joel Casaus Cruz” del municipio Cueto en el período de septiembre 2017 a junio 2018. El universo de estudiolo constituyeron224 estudiantes; el total de la matrícula de noveno grado de dicha institución y la muestra los 60 estudiantes fumadores los cuales dieron su consentimiento para participar en la investigación. Se elaboró una encuesta para aplicar al inicio y al final del estudio a fin de recoger los datos de interés y medir el nivel de conocimientos. Se obtuvo que el sexo masculino es el que más practicaba el hábito de fumar, para un 42%. La cantidad de cigarrillos que más consumen es de 1 a 5 para el 58.3%. La motivación fundamental fue la presencia de amigos que fuman, representando el 41.7%. Antes de la intervención el 71.7% de los adolescentes poseían conocimientos inadecuados sobre el tabaquismo como factor de riesgo para la aparición de enfermedades y el 75,0% sobre higiene bucal. Después de aplicada la misma los conocimientos adecuados prevalecieron con más del 80% en ambos casos. La intervención educativa resultó ser efectiva al elevar los conocimientos sobre el tabaquismo y sobre higiene bucal en los adolescentes estudiados. Se propuso generalizar la presente estrategia con vistas a su utilización en otros centros de enseñanza y áreas de salud.

Palabras claves: tabaquismo, hábito, adolescentes

**ÍNDICE**

|  |  |
| --- | --- |
| INTRODUCCIÓN……………………………………………………………………………………... | 1 |
| OBJETIVO……………………………………………………………………………………………… | 6 |
| MARCO TEÓRICO………………………………………………………………………………..….. | 7 |
| DISEÑO METODOLÓGICO………………………………………………………………………….. | 15 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS……………………………………………….. | 26 |
| CONCLUSIONES……………………………………………………………………………………… | 34 |
| RECOMENDACIONES……………………………………………………………………………….. | 35 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…………………………………………………………………. | 36 |
| ANEXOS |  |

# INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano, en la cual se suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas por los jóvenes en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos. Según los criterios de la OMS se considera de forma convencional “adolescente” a toda persona cuya edad esté comprendida entre los 10 y 20 años, acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla y el equilibrio que se produce entre los diferentes intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones de este grupo, en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano.1

La adolescencia por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, así como también en el marco familiar en que este se desenvuelve, se considera como una etapa de riesgos en la cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades así como también de alteraciones de la personalidad2.

Investigaciones recientes demuestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.3

Los adolescentes suelen imitar a los adultos para sentirse mayores, de ahí que puedan incorporar a su vida hábitos adecuados o inadecuados que perjudican su salud por lo que la explicación del daño severo que ocasionan a su salud los malos hábitos es útil y es con una comunicación adecuada que se pueden preparar para que aprendan a pensar, tomar decisiones y actuar por cuenta propia4.

Entre los principales trastornos de salud en el adolescente, se citan los trastornos en la adaptación psicosocial, entre los que se encuentra el hábito de fumar.1

El consumo de sustancias tóxicas ha sido observado desde la antigüedad en numerosos pueblos y diferentes culturas; incluso se remonta a los albores de la humanidad, cuando el hombre primitivo comenzó a interesarse sobre el efecto de algunas plantas. Para entonces se utilizaban estos efectos por parte de los brujos y hechiceros, como expresión de poderes que les permitían comunicarse con fuerzas sobrenaturales. 5

En la actualidad, aproximadamente uno de cada tres adolescentes se ve afectado por el consumo de esta sustancia. Estudios previos indican que el tabaquismo se inicia en los años de adolescencia como resultado de la interacción de factores sociales, culturales e interpersonales. La fuerte asociación del tabaquismo entre los adolescentes es atribuible, en parte, al hecho de que en el consumo de tabaco se comparten factores de riesgo sociales y culturales, entre los que se destacan las influencias de la familia y los iguales, algunos factores demográficos, la publicidad, la economía y la fácil adquisición de esta sustancia. La vulnerabilidad de los adolescentes a este factor de riesgo está determinada por su etapa de desarrollo, las actitudes, expectativas y disponibilidad de habilidades para enfrentar los ofrecimientos del uso del tabaco. Lo anterior indica que las medidas efectivas para prevenir el consumo de tabaco deberá incluir acciones, como educar a los adolescentes sobre los efectos dañinos de esta sustancia y ampliar sus habilidades individuales, como la autoestimay la autoeficacia6 que conllevan la reducción del riesgo de consumo de esta sustancia psicoactiva.

El tabaquismo constituye un problema de salud de gran magnitud a escala mundial y en Cuba muestra una evidente tendencia al aumento en el número de casos reportados, sobre todo en las edades de la adolescencia y la juventud. Estas etapas por sus características, son vulnerables a la acción de diferentes factores medioambientales, capaces de modificar el curso del desarrollo normal.1

Se conoce que el tabaco y el alcohol son las sustancias más consumidas por los adolescentes, lo que preocupa a las instituciones sanitarias. Son consideradas drogas porteras para el consumo de otros tóxicos tales como: marihuana, cocaína, pasta base, estimulantes, sedantes, etcétera.6

El hábito de fumar lo podemos definir como la adicción a fumar productos manufacturados del tabaco en cualquiera de sus presentaciones (cigarrillos, tabacos, o picaduras para pipas), que lleva a la adicción por su contenido en nicotina.5

Los estudios de intervención educativa favorecen el desarrollo de habilidades sociales, como la autoestima, la resistencia y el cambio de percepciones. Estas intervenciones surgen de estudios sobre factores psicosociales, que señalan que los adolescentes pueden tener habilidades para resistir las presiones sociales, pueden apreciar las consecuencias físicas de los inicios de la adicción y son capaces de resistir la tentación del consumo de tabaco si están conscientes de la publicidad engañosa, la información social y la presión de los amigos.7

Las intervenciones eficaces dirigidas a esa población pueden lograr resultados beneficiosos en cuanto a prevenir futuros problemas de salud, y a promover una vida saludable y productiva8

Se ha demostrado que en las actividades preventivas en los grupos de adolescentes se adoptan conductas negativas que demuestran falta de conocimientos, desvalorización de los propósitos que se trazan con estas actividades preventivas8

Los cambios de comportamiento que tienen lugar en esta etapa pueden servir de motor impulsor para programas educativos sobre salud y nutrición; los adolescentes, se cuestionan su apariencia física, su estilo de vida, sus creencias y preferencias. Por ese mismo motivo, son receptivos a nueva información. Se hace necesario que al concluir los estudios de la enseñanza media, los adolescentes tengan un buen estado de salud bucal y esto se podrá lograr si tienen conocimientos y comportamientos adecuados sobre la misma mediante programas de acciones educativas.9

Todos los cambios en los ámbitos físico-biológico, psicológico y social que se producen en la adolescencia pueden ocasionar situaciones generadoras de crisis, conflictos y contradicciones10. Muchos de ellos con implicaciones socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social. Desde hace más de cuatro décadas en nuestro país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. 3,4

En América Latina la cifra de fallecidos se ha duplicado en los últimos años a más de 1 millón de muertes atribuibles al tabaco en los últimos años. En esta región, el consumo del tabaco causa aproximadamente un tercio de todas las defunciones por cardiopatía y cáncer5. Se conoce además que un 69,6% están expuestos al humo en casa. El cono sur es el área con más tabaquismo en el mundo9. Según estimaciones derivadas del Proyecto “Tabaco o Salud”, la prevalencia del consumo de cigarrillos en la región europea de la OMS era 43.5% en hombres y 23.4% en mujeres, lo que representa aproximadamente unos 229 millones de fumadores11. El tabaquismo constituye un problema de salud de gran magnitud a escala mundial.

El Programa Nacional de Control del Tabaquismo, del Ministerio de Salud Pública, apuntó que esta es una situación que afecta fundamentalmente a los países en vías de desarrollo, y que solo en el año 2000, fallecieron 4,8 millones de personas por males vinculados con ese hábito, de ellas 3,8 millones del sexo masculino y 1 millón del femenino. Para el año 2025 esa cifra podría elevarse a los 10 millones de individuos. En Cuba un estimado de 12 000 muertes fueron atribuibles al uso del tabaco en el año 1996, lo que representó 16 % del total de fallecidos. Estimaciones posteriores muestran que estas cifras prácticamente 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 %.11

El Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Holguín publicó un artículo sobre las causas de muertes atribuibles al tabaco donde se expone que la prevalencia del hábito de fumar entre fallecidos fue elevada, con 51,9 %.12-13

Las estrategias de salud que posibiliten trabajar en la reducción de este hábito, permitirán que en el futuro los jóvenes sean adultos con buena calidad de vida, tengan hijos sanos y sean agentes multiplicadores de estilos de vida sin tabaco.

En el área de salud de Cueto no se han realizado intervenciones educativas de este tipo en Secundaria Básica, de ahí la dimensión de la realización de este estudio y la repercusión del mismo en el estado de salud y el cambio de estilos de vida inadecuados. Se ha comprobado la presencia de afecciones bucales en los adolescentes asociadas al tabaquismo, además, las estadísticas demuestran la alta frecuencia de servicios estomatológicos en adolescentes con severas afecciones que influyen en su salud y calidad de vida. Sobre la base de los anteriores criterios se determinó el siguiente:

Problema Científico: ¿Será efectiva la intervención educativa para lograr el incremento del nivel de conocimiento sobre los perjuicios del hábito de fumar en los adolescentes de la Secundaria Básica “ESBU Rubén Joel Casaus Cruz” en el período de octubre 2017 – abril 2018, del municipio Cueto?

HIPÓTESIS:

La evaluación de una intervención educativa, será efectiva en el incremento del nivel de conocimientos sobre los perjuicios del hábito de fumar en los adolescentes de la Secundaria Básica “ESBU Rubén Joel Casaus Cruz” en el período de octubre 2017 – abril 2018, del municipio Cueto.

**OBJETIVOS**

Evaluar la efectividad del programa de intervención educativa “Por mi Salud Bucal” para incrementar conocimientos sobre el hábito de fumar, en un grupo de adolescentes de noveno grado de la Escuela Secundaria Básica Urbana “Rubén Joel Casaus Cruz” en Cueto.

# MARCO TEÓRICO

La adolescencia como período crítico del desarrollo, es rico en potencialidades de cambios y transformaciones, lo que motiva el interés de diferentes sectores de la sociedad que tienen claridad en comprender que la generación de adolescentes de hoy representa el adulto del mañana.

Para hacer más fácil el análisis de todas las nuevas formas que va adquiriendo el proceso de desarrollo de la adolescencia, tanto del punto de vista biológico, como psicológico y social, esta se puede separar en tres períodos:

* Adolescencia inicial o temprana (pre-adolescencia).
* Adolescencia media (propiamente dicha).
* Adolescencia tardía.

Adolescencia inicial o temprana (10 a 14 años):

Es propio de esta etapa un aumento manifiesto de la estatura, del peso corporal y la fuerza muscular. Es una fase de gran curiosidad sexual y aparecen las fantasías sexuales. Hay una búsqueda de autonomía e independencia, con dificultades para controlar los nuevos impulsos. El adolescente se muestra muy lábil emocionalmente, con frecuentes cambios de humor.

Adolescencia media (12-13 a los 15 años):

Los adolescentes sienten mayor preocupación por la apariencia, y desean aumentar el poder de atracción. Las relaciones con otros adolescentes se hacen más fuertes y los comportamientos reciben gran influencia de las normas de conducta del grupo. Esto trae conflictos con los padres, que en esta etapa se agudizan. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. Ya en esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

Adolescencia tardía (16 a 19 años):

Se logra un mejor control sobre los impulsos, y los cambios emocionales son menos intensos, al tiempo que disminuye la ambivalencia y el egocentrismo. La adquisición del pensamiento abstracto del adulto le permite desarrollar un sistema de valores propios, con metas vocacionales reales. Podemos decir que el adolescente establece una identidad personal y social, que pone fin a la etapa.

La adolescencia de un miembro de la familia es considerada una crisis familiar normativa o ligada al ciclo vital de esta. Los cambios y transformaciones que se dan en el adolescente tienen implicaciones en el sistema familiar, y a la vez están impregnados de las pautas y normas de convivencia que se han desarrollado desde la más temprana infancia en el seno de la familia. El proceso de desarrollo de la personalidad, que se da durante la infancia y particularmente en la adolescencia, transcurre en el proceso de educación y en el sistema de vínculos afectivos familiares significativos.

La esfera social del adolescente es una de las más ricas; sus vínculos con otros adolescentes y la necesidad de ser aceptado en el grupo se convierten en una de sus más fuertes motivaciones.

La comunidad de intereses y sentimientos semejantes constituyen la base de estas agrupaciones; el intercambio de las nuevas vivencias emocionales los hace sentirse comprendidos y aceptados en un grupo donde el aprendizaje es permanente. Pueden pasar mucho tiempo unidos y consideran la actividad más importante aquella que el grupo emprende.

Así como sucede en toda las etapas de la vida, la adolescencia conlleva algunas tareas claves que aprovechan un desarrollo exitoso de fases anteriores. Puesto que la adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, todas las tareas de ese período han de estar dirigidas a completar tal transición. 14

Promoción de salud:

Es aquella que se dirige a personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones.

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La práctica del autocuidado debe ser estimulada por el equipo de salud, quienes deben proveer a la población y de conjunto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente.15

Educación para la salud:

La educación para la salud desempeña un relevante papel, cuya función definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) es la de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes, en la salud de los individuos, grupos y colectividades, 16

La educación para la salud, como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

La educación para la salud brindada a los adolescentes debe ser de fácil comprensión y asimilación, debemos ser capaces de aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada individuo o grupo. En estas edades nunca debe ser de forma autoritaria15.

Educar a nuestros jóvenes para que sean ciudadanos más sanos, plenos, para que tengan una noción de la vida cualitativamente superior; contribuir a la formación de valores, al desarrollo de conocimientos, habilidades, hábitos y conductas saludables para que sean capaces de asumir una actitud responsable ante la salud personal y colectiva, debe ser nuestro principal propósito14.

Un elemento importante para lograr los objetivos de la Educación para la Salud es conocer las actitudes, pues es sobre la base de ellas que se lograran las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que alcancemos desarrollar en los individuos y poblaciones, y sobre la que debemos sustentar nuestro trabajo. Se consideran predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia y que consisten en la responsabilidad hacia determinados objetos, personas o grupos. Las actitudes son normalmente consideradas como producto de la socialización y, por tanto, como algo modificable*17*.

En su labor educativa el estomatólogo utiliza diferentes vías para lograr la comunicación como son la charla, audiencias, círculos de interés, la más efectiva vía para educar a los miembros de la comunidad es a través de los programas de salud, los programas de tipo preventivo que enfoquen las intervenciones deben dirigirse hacia los grupos que potencialmente son de alto riesgo, pueden realizarse en centro de estudios o áreas donde reside este personal. La comunicación es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo, el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas.

Es un componente importante de todos los servicios y actividades de Promoción de Salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales*18*.

Un aspecto de gran valor a tener en cuenta es la información la cual incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos y temas para concientizar a los decidores, docentes y población en general acerca de acontecimientos importantes*18*.

Al dar explicaciones a los pacientes es importante seleccionar el vocabulario adecuado. Con el objeto de que el paciente comprenda, debe utilizarse un vocabulario que esté al mismo nivel que el del paciente o, como alternativa, explicaciones adecuadas y comprensibles de los términos científicos.

Los Psicólogos Educacionales dicen que la gente retiene:

* 10% de lo que lee.
* 20% de lo que oye.
* 30% de lo que ve.
* 50% de lo que ve y oye.
* 90% de lo que hace*19*.

La prevención puede considerarse como una flecha que apunta en dirección opuesta a la enfermedad, y consiste en todos los esfuerzos por poner barrera al avance de la enfermedad en todos y cada uno de sus estadíos.

Intervención Educativa:

Las actividades didácticas de las ciencias sociales forman parte de un proceso de enseñanza-aprendizaje impulsado por la intervención pedagógica del profesorado, mediante el cual el alumnado construye y asimila nuevos conocimientos y significados, modificando y reordenando sus conocimientos previos sobre el funcionamiento de las sociedades humanas y el uso de conceptos sociales*20*.

Las intervenciones dirigidas a los jóvenes recalcan la importancia potencial de los factores protectores, y tratan de proveerlos y reforzarlos.

Existen una serie de aspectos que caracterizan el enfoque estratégico en la planificación de intervenciones. Estos aspectos son:

1.- Reconoce la existencia de más de una racionalidad para interpretar la realidad, por lo que considera la existencia de oponentes y conflictos dentro de esa realidad que se quiere modificar.

2.- Concede mayor importancia al hecho de alcanzar la visión que se desea, que a la velocidad con que se alcance.

3.- No considera que la planificación es tributaria solamente del sector salud, sino, que los otros actores sociales que pertenecen a la situación también tienen cómo propios criterios de como modificarla.

4.- Al reconocer la existencia de conflictos, otorga gran importancia al proceso de construir viabilidad a las intervenciones que se diseñen, para lo cual se debe establecer un proceso de concertación y negociación que permita equilibrar las fuerzas actuantes.

5.- Considera que la realidad que se pretende modificar se encuentra sometida a cambios, lo que hace que exista un alto grado de incertidumbre. Por este hecho, plantea la necesidad de tener en cuenta dentro del proceso de planificación de intervenciones, los posibles cambios en la situación, la repercusión de esos cambios en el logro de la visión que se desea alcanzar y las acciones para enfrentarlos.

# El Sistema de Salud de Cuba con su Programa Nacional de Control del Tabaquismo que como estrategia prioriza su prevención en grupos vulnerables, impulsa la prevención, a través de estrategias educativas entre otras acciones, del hábito de consumir el cigarrillo por los adolescentes, que es una de las drogas preferidas por este grupo etario que sigue patrones de conducta específicos, hábito este que se inicia en edades tempranas con mayormente el interés de ser aceptados.

Los logros, en este sentido, no son solo del sector de la salud, sino que están implícitos en la mayoría de las acciones sociales, culturales y de desarrollo económico dentro de una voluntad política de equidad y justicia social.21

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud es un componente fundamental del proceso de desarrollo humano, se concibe como un proceso y un producto social dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y por todos.18, 19

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población (P.N.A.E.I.)2 en Cuba, tiene como propósito, incrementar y perfeccionar la atención estomatológica a través de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación, sustentada en una participación comunitaria y en la intersectorialidad, así como vincularlos con todos los elementos del sistema, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención.

Para la atención integral a los adolescentes, se incluye la atención estomatológica y se consideran esenciales todos los conocimientos que sobre tabaquismo y salud bucal debe poseer el adolescente, y de hacerlos llegar a ellos y a su familia a través de todos los medios posibles.22

En Cuba con el perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud se ha planteado la necesidad de abordar los problemas de salud con tecnologías apropiadas, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social como guía fundamental de actuación en la atención primaria, de ahí la importancia de realizar un análisis crítico sobre la ejecución de las actividades relacionadas con la promoción de salud que requieren enfoques integrales para modificar la situación de salud de la población.

El Sistema de Salud de Cuba, como estrategia, prioriza este Programa de prevención del Tabaquismo en los adolescentes como grupo vulnerable. Estas estrategias en promoción y educación para la salud bucal deben partir del diagnóstico, para identificar las necesidades educativas de un grupo de población seleccionada, y luego elaborar un Programa Educativo a partir de las necesidades de aprendizaje identificadas y de los recursos disponibles con la participación del grupo básico de trabajo, de la comunidad y otros sectores. 22

El análisis y vigilancia de la situación de salud de los grupos priorizados, momento en que se realiza el diagnóstico educativo, identifica los problemas de salud, permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes y evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución. 23

Las acciones de promoción de salud en muchos casos solo consideran la realización de charlas educativas. Es insuficiente el material de enseñanza así como los recursos y presupuestos destinados a estas actividades. Son escasos los libros y las canciones relacionadas con la salud bucal. Los programas de radio y televisión acerca del tema hacen referencia parcialmente y no de forma sistemática a algunos aspectos de la salud bucal.24

En el área de salud de Cueto no se han realizado intervenciones comunitarias en Secundaria Básica, de ahí la dimensión de la realización de un estudio de este tipo y la repercusión del mismo en el estado de salud y el cambio de estilos de vida inadecuados. Se ha comprobado la presencia de afecciones bucales en los adolescentes asociadas al tabaquismo, además, las estadísticas demuestran la alta frecuencia de servicios estomatológicos en adolescentes con severas afecciones que influyen en su salud y calidad de vida.

El grado de organización social del pueblo, la existencia de organizaciones comunitarias, el avance alcanzado por la atención primaria de salud, en especial por el programa del médico y la enfermera de la familia, y del estomatólogo general integral (EGI), potencian los resultados de esta estrategia.25

Apreciar la Estomatología como una fuente de bienestar y felicidad nos ha impulsado al estudio de la comunicación, técnicas afectivas - participativas, creatividad y otros temas que aparentemente pudieran verse como ajenos al trabajo estomatológico, pero que en realidad son herramientas fundamentales en esta tarea que muchos ya abrazamos: mantener al hombre sano26, 27,28

No debemos olvidar que el tabaco puede alterar el equilibrio microbiológico bucal, pues se incrementa el número de bacterias anaerobias. Además por una serie de mecanismos irritativos (roce), térmicos (calor) y químicos (liberación de hidrocarburos), el tabaco lesiona las células de la mucosa bucal y ocasiona diferentes alteraciones. También se expone que los pacientes fumadores presentan mayores índices de placa y cálculo, así como gingivitis, periodontitis y alteraciones en la cicatrización. 29, 30, 31

Considerar el hábito de fumar como factor etiológico de la enfermedad periodontal y la importancia de las técnicas de control mecánico de la misma ha de impactar necesariamente, motivando a los adolescentes en su propia higiene bucal. 32,33

Por lo que pensamos que si los adolescentes son orientados a través de programas educativos continuos podrán crear actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud buco-dental.

# DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una investigación cuasi-experimental de tipo intervención comunitaria con el objetivo de evaluar un programa de intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos sobre los perjuicios del hábito de fumar en adolescentes de la Secundaria Básica “ESBU Rubén Joel Casaus Cruz” del municipio Cueto en el período de septiembre 2017 a junio 2018.

Universo y muestra.

El universo de estudio estuvo constituido por 224 adolescentes que resultaron ser la matrícula total de 9no grado, de la Secundaria Básica “ESBU Rubén Joel Casaus Cruz” y la muestra quedó integrada por 60 estudiantes fumadores, los cuales dieron su consentimiento (ANEXO 3) para participar en la investigación teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

* Manifestar ser fumador.
* Estar matriculado en la Secundaria Básica.

Criterios de exclusión.

* Adolescentes ausentistas.
* Adolescentes que no manifiesten voluntariedad para participar en el estudio.

Para el análisis se seleccionaron las siguientes variables:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variable | Tipo | Operacionalización | | Indicador |
| Escala | Descripción |
| Sexo | Cualitativa Nominal dicotómica | Masculino  Femenino | Según sexo  biológico | En número  absoluto y  porcientos |
| Cantidad de cigarrillos que consumen diario | Cuantitativa discreta | 1a5  6a10  Más de 11 | Según la cantidad de cigarrillos que refieran que consumen diario. | En número  absoluto y  porcientos |
| Nivel de  Conocimiento sobre el tabaquismo como factor de riesgo | Cualitativa Nominal  Dicotómica | Adecuado  Inadecuado | Según puntuación obtenida en la encuesta en la pregunta 2,3,4,5,6 | En número  absoluto y  porcientos |
| Nivel de  Conocimiento sobre higiene bucal | Cualitativa Nominal  Dicotómica | Adecuado  Inadecuado | Según puntuación obtenida en la encuesta en las preguntas 7, 8, 9. | En número  absoluto y  porcientos |
| Motivaciones para la práctica del hábito de fumar | Cualitativa Nominal Politómica | * Familiares que fuman * Amigos que fuman * Profesores que fuman * Para sentirse mayores * Por verlo en TV o Cine * Por curiosidad | Según motivaciones  que tienen para  fumar los adolescentes | En número  absoluto y  porcientos |

PROCEDIMIENTOS

Se realizó una revisión bibliográfica acerca del tema a investigar, en las Bibliotecas del Policlínico “Jorge Luis Estevanel Díaz” de Cueto, en la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín y búsquedas automatizadas en Infomed. La estrategia de búsqueda bibliográfica, se sustentó en textos clásicos, revistas impresas y en formato digital soportado en INFOMED, el meta buscador Google, base de datos como EBSCO, MEDLINE y PUBMED sobre artículos de la temática correspondiente. Los métodos teóricos utilizados fueron histórico-lógicos y de análisis-síntesis y como método empírico se utilizó la observación científica.

El estudio contó con tres etapas:

* Etapa de diagnóstico.
* Etapa de intervención.
* Etapa de evaluación.

Etapa diagnóstica:

Se consultó la matrícula oficial del 9no grado, donde aparecen los nombres, apellidos, edad y sexo de todos los estudiantes matriculados en la Secundaria Básica del municipio Cueto, previa coordinación con la secretaría docente de la escuela para conocer el universo de estudio; y durante una visita a este centro se les explicó a todos los estudiantes las características del estudio.

Para la obtención de la información se confeccionó una encuesta y se aplicó inicialmente a los adolescentes escogidos por la investigadora en el que se recogieron datos generales, otros que respondieron a las variables seleccionadas así como datos de interés para el estudio. (Anexo 4).

Con dicha encuesta se determinó en los participantes el nivel de conocimientos sobre consumo de tabaco y salud e higiene bucal.

La cantidad consumida de cigarrillos por los adolescentes muestreados y la motivación de este nocivo hábito fueron algunos de los datos iniciales recogidos a través de la encuesta, los que se analizaron y tabularon como identificadores de la muestra antes de la realización de la intervención educativa (ver Tablas 2 y 5).

Para medir el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo como factor de riesgo para la aparición de enfermedades y sobre higiene bucal, se valoraron las respuestas emitidas por los adolescentes en la encuesta, de forma comparativa, considerándose adecuados o inadecuados, para lo cual se establecieron los siguientes criterios evaluativos:

-Para los conocimientos sobre el tabaquismo como factor de riesgo en la aparición de enfermedades (pregunta 2, 3, 4, 5 y 6 de la encuesta):

* Adecuado: Cuando los adolescentes alcanzan el 75% o más de los puntos (6-8 puntos)
* Inadecuado: Cuando los adolescentes alcanzan menos del 75% de los puntos (0-5 puntos)

-Para explorar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal (preguntas 7, 8 y 9 de la encuesta):

* Adecuado: Cuando los adolescentes alcanzan el 75% o más de los puntos (6-8 puntos)
* Inadecuado: Cuando los adolescentes alcanzan menos del 75% de los puntos (0-5 puntos)

Luego de obtener los resultados se procede a aplicar la estrategia de intervención educativa.

Etapa de intervención propiamente dicha:

Apoyados en el Programa Nacional de estomatología y con la colaboración de la Dra. Yanelis lores Lores y el Lic. en educación Yorkebis Martínez García se diseñó el programa de intervención educativa el cual la autora decidió llamarlo: **“**POR MI SALUD BUCAL”, teniendo en cuenta la importancia del mismo para el apropiamiento individual de los conocimientos que sobre salud bucal se impartirían en el mismo, así como para dar cumplimiento a lo establecido para la atención al menor de 19 años en Cuba, donde se ha incluido entre los objetivos la modificación del estilo de vida de estos pacientes y entre los aspectos que propone considerar, está la prevención del consumo de tabaco que influye sobre el individuo y su salud bucodental. El perfeccionamiento de la prevención y control de las enfermedades bucodentales es un desafío importante para todos los países, por lo que debe constituir una prioridad de los servicios de estomatología, la población y los gobiernos.

Para facilitar la aplicación del programa educativo se dividieron por grupos de 15 estudiantes. Se cumplieron las leyes de trabajo en grupo y se utilizaron las siguientes técnicas educativas: lluvia de ideas, charla educativa, dinámica de grupo, Dramatización y Técnicas Afectivo-Participativas.

Recursos utilizados en el aprendizaje:

Lluvia de Ideas(Tormenta de Ideas): para la aplicación de esta técnica se seleccionaron 10 adolescentes en cada grupo. El registrador fue la autora de este trabajo la cual tuvo a su cargo el mantenimiento del orden en el uso de la palabra y de lograr que se cumplan las reglas de la técnica las cuales son: todas las ideas son válidas, no se permite la discrepancia, y no se dan explicaciones a las ideas expuestas. Se llevó la memoria gráfica del ejercicio en una pizarra. Al final, se tomaron las ideas y se procedió a la reducción del listado al unificar aquellas que posean un sentido similar; con lo cual queda conformado un listado de los principales problemas y necesidades que identifica el grupo.

Charla Educativa: Es una técnica que nos permitió hacer la presentación hablada de los temas, muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. La retroalimentación nos permitió comprobar si los objetivos se cumplieron.

Dinámica de grupo:- Discusión de los temas 2,3, 4 y 5, bajo la conducción de la autora, contribuyendo a la modificación de conductas negativas.

Se usó delimitando el tema, se fomentó planteando problemas o preguntas, se elaboraron conclusiones con la ayuda del grupo.

Dramatización: Se escenificó un problema ante el grupo, en el que los participantes tuvieron oportunidades de analizar tareas en circunstancias similares a las que se presentan en la realidad cotidiana. Se fomentó la discusión de conductas positivas y negativas y se elaboraron conclusiones con la ayuda del grupo

Técnicas Afectivo-Participativas: Se realizaron tareas concretas, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar animación, la cohesión, reflexión y consolidación del tema.

INSTRUCTIVO ´´POR MI SALUD BUCAL´´

Objetivo General:

Incrementar el nivel de conocimientos sobre los perjuicios del hábito de fumar en adolescentes del Secundaria Básica “ESBU Rubén Joel Casaus Cruz” del municipio Cueto en el período de septiembre 2017 a junio 2017.

Objetivos Específicos:

1. Brindar información general sobre salud bucal y factores de riesgo vinculados a las enfermedades bucodentales asociadas al tabaquismo.

2. Explicar la importancia de mantener una correcta salud bucal.

3. Fomentar la importancia del cuidado de la cavidad bucal.

Límites:

Geográfico: Área de salud de Cueto. Departamento de Estomatología del Policlínico “Jorge Luis Estevanel Díaz”. Municipio Cueto, Provincia Holguín, Cuba.

Población: Adolescentes fumadores de la “ESBU Rubén Joel Casaus Cruz” de Municipio Cueto.

Tiempo: año 2017-2018.

Sesión # 1

Tema 1: Presentación del Curso.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Introducir el curso, presentar los participantes e informar los grupos.

Materiales: Lápiz, hoja, pizarra, plumón y encuesta.

Técnica: Charla educativa, Lluvia de ideas.

Desarrollo:

El autor comenzó realizando la introducción del curso con todos los participantes voluntarios que habían dado su consentimiento informado, declararon ser fumadores y habían participado en la encuesta inicial, resaltando sus objetivos y temas a desarrollar.

Luego se realizó la presentación de los participantes de forma individual, se informaron los grupos de trabajo por subgrupos y los detalles de los encuentros (fechas, horario y lugar). Mediante la técnica participativa “Lluvia de Ideas” se establecieron y asentaron en una pizarra las normas a seguir para el trabajo en grupo, las que se pusieron en un mural como guía durante las diferentes sesiones de trabajo.

Sesión # 2

Tema 2: Salud bucal. Aspectos generales

Tiempo: 45 min.

Objetivo: Definir concepto de salud bucal. Conocer los principales factores de riesgo y enfermedades bucodentales.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Charla educativa. Dinámica de grupo.

Desarrollo:

El autor comenzó la sesión dividiendo el grupo en cuatro subgrupos de trabajo a través de la enumeración de pares e impares, luego aplicó la técnica participativa “Lluvia de Ideas” y en la pizarra recogió todos los criterios, opiniones y puntos de vista que tenían inicialmente los equipos sobre la salud bucal. Se concluyó con la definición correcta por el autor de la investigación, luego de una discusión colectiva. Los pacientes para fijar el conocimiento lo asentaron como nota de clases.

Para dar a conocer los principales factores de riesgo y enfermedades bucodentales se plantearon problemas o preguntas y se elaboraron conclusiones con la ayuda del grupo.

Sesión # 3

Tema: Hábitos tóxicos.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Explicar los diferentes hábitos tóxicos y conocer los daños causados por estos en la salud bucal.

Material. Pizarra, tizas, lápiz, hoja, pizarra y plumón.

Técnica: Dramatización, Dinámica de grupo.

Desarrollo:

Manteniendo la subdivisión del grupo, el autor de la intervención mediante la técnica participativa “Puro Cuento”, evidenció la vida de un adolescente con incorrectos hábitos de salud bucal y así dio comienzo a la sesión de trabajo rememorando la anterior. Los adolescentes identificaron los errores y daños causados por la incorrecta salud bucal escenificada, enunciaron como corregirla y se dio inicio a un debate.

Luego se dio inicio al tema del día haciendo uso de la técnica participativa de “Foro”, donde el autor mencionó el tema, promoviendo el debate sobre los principales hábitos tóxicos que pudieran conllevar a padecer lesiones en la cavidad bucal, al final de cuyo tema, se dejaron por escrito en el empapelado todos los hábitos y daños aceptados como verdaderos.

Sesión # 4

Tema: El tabaquismo.

Tiempo: 45 min.

Objetivo: Dar a conocer las consecuencias del consumo de este hábito tóxico.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Lluvia de ideas, Dinámica de grupo.

Desarrollo:

Comenzó dicha sesión con la lectura por el autor de un cuento que contenía errores en los factores de riesgo de las enfermedades bucodentales originadas por el hábito tóxico del tabaquismo; de esta forma además se rememoró la sesión anterior. Luego se mantuvieron organizados en dos subgrupos y se inició el nuevo tema con una “Lluvia de Ideas”, para definir el consumo de tabaco como un factor de riesgo; después de la aplicación de esta técnica el investigador presentó un ejemplo que consolidó la idea del enunciado. Mediante la técnica participativa del “Foro”, el autor comenzó un debate sobre la vía para una salud bucal saludable y las consecuencias del nocivo hábito de fumar, durante el desarrollo de la técnica se garantizó la participación dinámica de todos y al finalizar se recogieron las opiniones que coinciden con las correctas.

Sesión # 5

Tema: Dieta. Higiene bucal.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Explicar la dieta más adecuada a tener por el adolescente e Ilustrar la forma y frecuencia del cepillado.

Material: Pizarra, tizas, lápiz, hoja, láminas, pizarra y plumón.

Técnica: Charla educativa, Dinámica de grupo, Lluvia de ideas.

Desarrollo:

Comenzó dicha sesión con la subdivisión del grupo y el autor auxiliándose de la técnica de grupo “Foro”, haciendo referencia a los riesgos de las enfermedades bucales durante el consumo de cigarrillos, promovió el debate sobre el tema anterior y al finalizar el debate, guió a los subgrupos a enunciar mediante una “Lluvia de ideas” los diferentes factores que disminuyen el riesgo de ocurrencia de enfermedades bucales, destacando la dieta y el correcto cepillado. Se recogieron con plumones en el empapelado todas las ideas y al final se dejaron solo las ideas acertadas, realizando un pequeño resumen. Luego fueron mostradas láminas que ilustraban el correcto cepillado, en cuanto a forma y frecuencia.

Sesión # 6

Tema: Resumen del Curso.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Realizar un resumen sobre todo lo aprendido. Aplicar la encuesta.

Material. Pizarra, tizas, lápiz, hoja, pizarra y plumón.

Técnica: Charla educativa, Técnicas Afectivo-Participativas

Desarrollo:

El autor comenzó realizando el resumen del curso con todos los participantes en el estudio que además habían participado en la encuesta inicial, resaltando el logro de los objetivos propuestos, los temas desarrollados y en sentido general, todo lo aprendido durante las diferentes sesiones de trabajo. Luego se realizó la técnica Afectivo-Participativas y agradeció la asistencia, disciplina y participación de todos. Como colofón se aplicó la encuesta de salida, para evaluar el nivel de conocimientos alcanzado durante las diferentes sesiones de carácter educativo que se realizaron con la intervención.

Etapa de Evaluación:

Después de impartidos los temas de contenido de la intervención educativa y aprovechando el último encuentro de resumen final, se les aplicó la encuesta a la muestra de adolescentes que habían dado su consentimiento de participación voluntaria y que además habían asistido a las clases, para así evaluar los conocimientos adquiridos. Esta vez, sin incluir los datos generales ni las preguntas relacionadas con el consumo de cigarrillos, fungiendo como un instrumento investigativo de salida, como medidor de los conocimientos adquiridos a través de la intervención (preguntas 2 a la 9 de la encuesta).

El nivel de conocimientos fue evaluado según la valoración de las respuestas emitidas por los mismos, considerándose de adecuados e inadecuados, según se realizó en la encuesta inicial aplicada (ver 1ra Etapa o Fase de Diagnóstico).

Método de recolección de la información:

La recolección de la información se realizó a través de una base de datos confeccionada por la autora.Para el procesamiento de los resultados se utilizó una computadora Pentium IV con Sistema Operativo XP Profesional utilizando los programas Microsoft Office Word 2010 y Microsoft Office Excel 2010. Se confeccionó una base de datos automatizados en el programa SPSS para Windows donde se incluyeron los datos recogidos en la encuesta y se procesaron estadísticamente expresando sus resultados en porcentaje. Toda la información obtenida se presentó en forma de tablas y gráficos permitiendo arribar a conclusiones y emitir recomendaciones.

Ética del estudio.

En el estudio se tuvieron presentes consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de investigación, se firmó un convenio de trabajo con los directivos del Sectorial de Educación y la ESBU ¨Rubén Joel Casaus Cruz¨ en el que se pidió autorización y se establecieron compromisos para poder realizar el estudio con los alumnos, a cada estudiante se le solicitó su consentimiento informado así como el sus padres o tutores a participar en la investigación como unidad de estudio , se les brindó una detallada explicación , con lenguaje claro y apropiado acerca del motivo de la misma , garantizando la confidencialidad , dejando establecido que su participación en ella es por libre voluntad , no se ejerció coacción por las partes involucradas , permitiéndoles retirarse del estudio sin dar explicación . Se les explico los beneficios esperados con este trabajo. (Anexo 3)

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Tabla 1. Distribución de la población objeto de estudio según sexo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sexo | No. | % |
| Masculino | 42 | 70 |
| Femenino | 18 | 30 |
| Total | 60 | 100 |

Fuente: Encuesta

La tabla anterior muestra la distribución de adolescentes fumadores según sexo. Se observa que el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con 42 estudiantes, de un total de 60 para un 70 %, en el sexo femenino 18 estudiantes lo practican para un 30%.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Laffita Lobaina1 y colaboradores en su estudio quienes plantean que del total de adolescentes, el grupo que casi siempre predomina dentro de los fumadores es del sexo masculino, por presentar este mayor preocupación social, donde hay una búsqueda de una afirmación del proyecto socio-personal y una readecuación de las relaciones interfamiliares.

Coincidieron además con los resultados de González Hidalgo, Álvarez Valdez y Fernández Concepción quienes plantean en sus respectivos trabajos que cuando se relaciona el tabaquismo con el sexo, los hombres tradicionalmente han sido los mayores consumidores de cigarros, pues esto se debe a factores idiosincrásicos, que incluyen el machismo, costumbre e, incluso, como parte de una cultura en la que el cigarro es sinónimo de hombría, por lo que los niños como parte de su anhelo de ser adultos toman este hábito para representar falsos ideales costumbristas. Desafortunadamente, se ha visto un incremento del tabaquismo entre mujeres adolescentes,34, 35,36 dato también referido en el Programa Nacional de Control del Tabaquismo del Ministerio de Salud Pública.17

Históricamente la población masculina ha presentado una prevalencia mundial alta, en cuanto al consumo de tabaco, esto es congruente con el imaginario social así como las representaciones y expectativas de género, en las cuales desde lo sociocultural se atribuye a que el adolescente masculino representa la virilidad y la ”hombría”, quizá por eso acuden a este hábito que los hace sentirse comprendidos y aceptados en un grupo cumpliendo sus intereses.

Tabla 2. Cantidad de cigarrillos consumidos por los adolescentes.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cantidad de cigarrillos | Masculino | | Femenino | | Total | |
| No. | % | No. | % | No. | % |
| 1 a 5 | 20 | 33.3 | 15 | 25 | 35 | 58.3 |
| 6 a 10 | 7 | 11,7 | 3 | 5 | 10 | 16,7 |
| Más de 11 | 15 | 25 | 0 | 0 | 15 | 25 |
| Total | 42 | 70 | 18 | 30 | 60 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la Tabla 2 se pudo constatar, en cuanto al consumode cigarrillos diarios que la cantidad más consumida es de 1 a 5 por 20 adolescentes masculinos para un 33.3% y 15 femeninas para un 25 % del total de hembras, seguidas por el consumo de más de 11 cigarrillos diarios por 15 alumnos para un 25 %.Es notable que del total de cigarrillos consumidos diarios 35 adolescentes consumen de 1a 5 para un 58,3%, lo que evidencia que es algo incipiente en la mayoría de los estudiantes analizados.

Un elemento a analizar, obtenido de la observación directa, es que los mismos jóvenes compran ellos mismos los cigarrillos, o se apropian de los de sus padres; esto último bastante reprochable y que apunta hacia la posible aparición de un hábito mucho más peligroso y punible.

Torres Cueto y Machado de Armas resaltan el hecho de que el tabaquismo esté comenzando en los jóvenes a edades tempranas y que resulta insuficiente la labor de educación sanitaria sobre el tema, por lo cual se recomienda aplicar técnicas participativas para combatirlo con todos los medios al alcance. El impacto de estas acciones preventivas incidirá sobre el tabaquismo y quizás también sobre el alcoholismo y la farmacodependencia, que a menudo son etapas posteriores en el fenómeno de la adicción.15

A pesar de la amplia bibliografía revisada no se encontraron precedentes que definan patrones en la cantidad de cigarrillos consumidos a diario. El autor presupone que el mayor porciento está dado en el menor grupo de cigarrillos consumidos ya que es una edad donde inician el hábito y la insuficiencia de recursos para adquirirlos con facilidad es un hecho por ser aun estudiantes.

Tabla 3. Nivel de conocimiento en los adolescentes sobre el tabaquismo como factor de riesgo para la aparición de enfermedades.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel de conocimientos | Antes | | Después | |
| No. | % | No. | % |
| Adecuado | 17 | 28,3 | 52 | 86,7 |
| Inadecuado | 43 | 71,7 | 8 | 13,3 |
| Total | 60 | 100 | 60 | 100 |

Fuente: Encuesta.

En la Tabla 3, se expone el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre el tabaquismo como factor de riesgo para la aparición de enfermedades, en la misma se puede apreciar que del total de 60 adolescentes, 43 antes de la intervención presentaron un nivel de conocimiento inadecuado para un 71,7%, mientras que después de la misma 52 mostraron una evaluación adecuada para un 86,7**%**.

Los resultadosobtenidosdemuestran lo positivo de la apropiación de los conocimientos por parte de los adolescentes en estudio, lo que presupone un reconocimiento de los factores de riesgo desencadenantes de las enfermedades bucales y un mayor nivel de conciencia a la hora de enfrentar el nocivo hábito de fumar.

Estos resultados coinciden con otros estudios como los de Sosa Rosales2, Passanezi E6, Machado Ramos S20 donde los resultados fueron significativos en la modificación de dichos conocimientos.

Por su parte López Santana obtuvo como resultado en un trabajo similar el 100 % de efectividad en la modificación de dichos conocimientos.37

En nuestro criterio los estomatólogos deben involucrarse más en este problema, puesto que las enfermedades generales ocasionadas por el tabaquismo (infartos, cáncer y otras) tienen repercusión en su trabajo diario, debido a que estos pacientes son considerados de riesgo por su enfermedad y por los medicamentos que consumen, los cuales pueden influir en las afecciones bucales es por ello que prevenir el hábito en las edades tempranas debe ser una prioridad.

Tabla 4. Nivel de conocimiento en los adolescentes sobre higiene bucal.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel de conocimientos | Antes | | Después | |
| No. | % | No. | % |
| Adecuado | 15 | 25 | 50 | 83,3 |
| Inadecuado | 45 | 75 | 10 | 16,7 |
| Total | 60 | 100 | 60 | 100 |

Fuente: Encuesta.

La Tabla 4 muestra el nivel de conocimientos que sobre higiene bucal manifestó la muestra de adolescentes estudiada, los que poseían inicialmente conocimientos inadecuados sobre el tema con 45 estudiantes para un 75%. Después de la intervención educativa mostraron conocimientos adecuados sobre el tema, 50 adolescentes para un 83,3%y solo fueron evaluados con conocimientos inadecuados 10 para un 16,7%.

### En el estudio realizado por Machado Ramos28 y colaboradores al evaluar el nivel de conocimientos generales sobre salud bucal en ambas etapas de su estudio, observaron que el 82.2% de los pacientes obtuvieron calificación de mal en la etapa inicial y el 6.7% solamente bien. Al aplicar el programa educativo los resultados variaron considerablemente, pues 40 pacientes obtuvieron como calificación bien (88.9%) y ninguno mal, lo cual demuestra también la eficacia del programa al aumentar el nivel de conocimientos.

Estos resultados se corresponden con los obtenidos por otros autores como Peña Sisto38, Yero Mier39 y Marrero Fuente8 que en sus estudios de intervención obtienen similares resultados.

La clave para la prevención es el mantenimiento de un alto nivel de conocimiento individual sobre salud bucal para fomentar el desarrollo normal hasta la adultez, para lo cual médicos, estomatólogos y el equipo sanitario en general deben utilizar eficazmente las consultas e intervenciones educativas en las que además de la exploración física y la anamnesis tienen la oportunidad de realizar acciones preventivas, evaluar el proceso cognitivo, la vida social y el comportamiento en el seno familiar, por ello en cada control educativo y conductual dedicarán más tiempo a la promoción de salud y prevención de enfermedades, considerando que se trata de grupos etarios sensibles, como son los jóvenes, con características particulares, razón por la que se debe ser más exigente en lo concerniente a la atención estomatológica oportuna para lograr salud como se desea: para toda la vida40.

En esta intervención educativa, los conocimientos adquiridos por los adolescentes sobre los diferentes temas, fueron reflejados en actividades extracurriculares como montajes de escenas teatrales elaboradas por ellos mismos, confección de láminas con los hábitos de higiene bucal para situar en los murales de las diferentes aulas del plantel estudiantil, entre otras acciones. Además, se escucharon y leyeron testimonios orales y escritos acerca de lo aprendido en las actividades y técnicas de participación, identificando lo positivo de los temas que se impartieron, lo que confirma su asimilación.

Por lo que puede decirse que estos resultados, muestran la validez de las técnicas educativas y participativas empleadas, pues se logró un accionar colectivo, con un adecuado comportamiento, incentivando la capacidad de observar, pensar y actuar, además de facilitar la apropiación individual de valiosos conocimientos que de forma clara, entretenida y amena contribuyeron al reforzamiento de actitudes responsables, así como elevó favorablemente el nivel de conocimientos sobre los diferentes temas que podrán ser trasmitidos al resto de sus compañeros, a la familia, y demás personas en sus relaciones interpersonales diarias.

Gráfico 1.Motivación para la práctica del hábito de fumar en los adolescentes.



Fuente: Encuesta

En el Gráfico1, se establece la motivación para la práctica de fumar en los adolescentes en estudio, donde el imitar a sus amigos fue la de mayor incidencia con 25 estudiantes para un 41,7 %, seguido por la de imitar a familiares con un número de 12 para un 20**%**; por lo que se intuye que la pertenencia a grupos que fuman, brinda una elevada probabilidad de que los jóvenes experimenten el tabaco y de que continúen con la iniciación de su consumo, teniendo en cuenta que una de las características de los adolescentes es la tendencia grupal, y que este es un modo de ganar aceptación entre iguales.

Estudios realizados por Vera M41, y colaboradores sobre el hábito de fumar y salud bucal en adolescentes en un politécnico de Limonar plantean que entre las motivaciones que tienen los adolescentes para iniciarse en el hábito de fumar la de mayor incidencia es la imitación a amigos que fuman con un 66,0 %, y el 43,4% a familiares con este hábito, encontraron escasos valores en la influencia de otros medios, estos resultados coinciden con los encontrados en este estudio.

En su estudio Gonzales Ramos42 y colaboradores sobre la propuesta de programa educativo contra el hábito de fumar ´´Pasatiempo Sin Humo´´, encontraron que el 22,9% de los adolescentes estudiados manifestaron que lo hacen para compartir con amigos en fiestas, el 20,8 % que les gusta y satisface, y el 18,7% por imitación a familiares que fuman, estos resultados también coinciden con los mostrados en este trabajo.

Un posible factor causal del surgimiento precoz del hábito de fumar es la baja autoestima, y el estar expuesto desde estadíos iniciales de la vida a modelos fumadores que constituyen el primer factor influyente, más aún si son modelos valorados positivamente por el adolescente, y sobre todo si son modelos que no solo consienten, sino que estimulan la adicción, aunque sea indirectamente, tales como: padres y madres que fuman, héroes y heroínas de los medios de comunicación (cine, TV, etc.), los cuales incentivan conductas imitativas en niños y jóvenes, que los hacen presa fácil de esta adicción; resulta difícil descalificar o impedir conductas indeseadas cuando estas son asumidas abiertamente por personas queridas y significativas. Varios autores coinciden en que este es un punto de partida para erradicar el tabaquismo.10, 13,43

Algunos autores como Boggeness44 y Horta24plantean la asociación del hábito de fumar con la ingestión de bebidas alcohólicas, referida en su mayoría por varones, fundamentalmente en las fiestas y discotecas.

Debemos tener presente que el consumo de sustancias es el resultado de la interacción del individuo, el ambiente y las drogas. El conocimiento de las características de cada uno de estos, y de las situaciones de riesgo, determinarán las estrategias que deben seguirse para la prevención de su consumo por lo que debemos seguir insistiendo cada vez más en programas de salud dirigidos a controlar este factor de riesgo tan preocupante.

# CONCLUSIONES

En los adolescentes estudiados existía un predominio de varones fumadores con respecto a las hembras. La cantidad de cigarrillos diarios que consumían la mayoría de los jóvenes, era de 1 a 5. Antes de la intervención la mayoría presentaba conocimientos inadecuados sobre el tabaquismo como factor de riesgo para la aparición de enfermedades y sobre higiene bucal, y después de esta, los conocimientos adecuados prevalecieron en ambos casos. La principal motivación para la práctica del hábito de fumar, fue la de los amigos que fuman. La intervención educativa resultó ser efectiva, al mejorar los conocimientos sobre los perjuicios del hábito de fumar de los adolescentes, lo cual constituye el primer paso para la modificación futura de conductas perjudiciales.

# RECOMENDACIONES

Generalizar este proyecto de intervención educativa con vista a su utilización en otras áreas de salud e instituciones docentes dentro y fuera del territorio.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

* 1. Laffita Lobaina YM, Riesgo Cosme YC, Corujo Torres CM,  Crespo Mafrán MI. Salud bucal en un área de salud urbana. Medisan. 2009 [citado 2017 feb 28]; 14(4): 25-30. Disponible en:

<http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san07409.htm>

1. Sosa Rosales M, de la Peña M. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011 [citado 2017 jun 24]; 16(2): 269-76
2. Lafuente P.J., Gomez F.J.,Aguirre B.,Zabala J., Irurzun E.,Gorritos B. Estios de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Victoria-Gasteyz. 2001. [http://db.dayma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe.] [consulta18 de junio 2017]

4. Ruiz García L.O., Giardirú Martínez R., Arta Lóriga M., Jiménez Valdez V., Echevarría González S., Calderón Sosa A. Factores de riesgo y prevención de caries en edad temprana (0-5 años) en escolares y adolescentes. Habana, 2005. www.eufic.org/web/article. [consulta: 2 de agosto 2018].

1. Gonzalo Provenzano A. El cigarro. Historia y cultura. 2004; 8(2) [citado 2017 abr 2]; 6(1) [aprox. 14 p.]. Disponible en:

http://www.monografías.com/trabajos29/el-cigarro/el-cigarro.shtml

1. Passanezi E, Brunetti MC, Campos Passanezi A. Interacción entre la adolescencia y el tabaquismo. Rev. Fundación Juan José Carrazo. 2008 [citado 2017 ene 16]; 8 (3):36-41
2. Rojas Ochoa F. Salud Pública Medicina Social. MINSAP. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2009 [citado 2017 ene 10]; 11(1): 29-63
3. Marrero  Fente A, López Cruz E, Castells Zayas  Bazán  S, Rivacoba Nova E. Diagnóstico educativo en salud bucal. Arch Med Camagüey [serie en Internet]. 2004; 12(1) [citado 2017 ener 6]; 8(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n1/783.htm>

1. Keva VI, Lima B, Somosa M, Cramer N, González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe; bases epidemiológicas para la acción. Bol of Sanit Panam. [revista en la Internet]. 2017  [citado 2017 ene 26]; 7(1): 39-46. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2017000100007&lng=es>.
2. Moreira Reis D, Rocha Pitta D, Barbosa Ferreira HM, Pinto de Jesús MC, Leonelli de Moraes ME, Gonçalves Soares M. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal. Ciênc Saúde Coletiva. 2010 [citado 2017 feb 20]; 15(1): 269-76
3. Dobarganes Coca A M, Lima Álvarez M, López Larquin N, Pérez Cedrón R A, González Vale L. Intervención educativa sobre salud bucal. AMC. 2011 [citado 2017 feb 16]; 1m2(1): 526-579. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552011000300010&lng=es>
4. González Rodríguez W C, Corona Carpio M H, Pineda Rodríguez A M, Lao Salas N, Pardo Rodríguez M I. Conocimientos del área de salud "Carlos J. Finlay" sobre salud bucal. Rev. Cubana Estomatol.  2007 [citado 2017 oct 21]; 44(4): 129-176. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-50720000009&script=sci\_arttext.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-50720000009&script=sci_arttext.%20)
5. Rodríguez Praetzel J, Vargas Ferreira F, Larissa Lenzi T, Pioiesan deMelo G, Severo Alves L. Percepção sobre atenção odontológica e fonoaudiológica. RGO-Rev. Gaúcha Odontol. 2017 [citado 2017 may 6]; 58(2): 69-78
6. Núñez de Villavicencio P. F. [y otros] Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2001: 141-144.

15. Torres Cueto GMA., Machado de Armas G., Sánchez Rodríguez M., González Figueredo A. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación. La Habana. 1999:1-13.

16. Díaz del Mazo L., Pérez Núñez H., García Díaz RC., Oconor Martínez L. Instructivo para capacitar Adolescentes del Reparto Sueño artículo en línea. MEDISAN 2003; 7(4): 73-85.http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol7-403an1403.htm.consulta: 8 junio 2018.

17 Garbero I, Delgado AM, Benito de Cárdenas IL. Salud bucal en Adolescentes: Conocimientos y Actitudes. Acta odontol. Venez [revista en la Internet]. 2005  May [citado  2017  mar  23];  43(2): 135-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652005000200006&lng=es>

18. Garrigó, M. I., Sardiñas, S., Gespert Valdes, P., Legón, N. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En. Guías Prácticas de Estomatología. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2003: 493-51. 6

19. Katz S., McDonald J., Stookey G.K.. Implementación de los programas de educación y motivación del paciente. Cap. 5 en Odontología Preventiva en Acción. Ministerio de Cultura. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de la Habana. 2004: 66-80.

1. Machado Ramos S, López Otero E, Torres Garri LI. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal. Mediciego [revista en la Internet]. 2012 mar. [citado  2017  abr  15]; 15(3): 528
2. Capote Fernández MM, Campello Trujillo LE. Relación de la salud bucal con la familia y el estomatólogo. Rev. Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2012 sep [citado 2017 mar 22]; 49(3): 256-266. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003475072012000300009&lng=es>
3. Lances Cotilla L. Resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes. Informe de investigación. La Habana: INHEM, ENSAP, MINSAP 2010 [citado 2017 feb 20]; 17(1): 1-3
4. Marrero  Fuente A, López Cruz E, Castells Zayas-Bazán  S, Rivacoba Nova E. Diagnóstico educativo en salud bucal. Arch Med Camagüey [serie en Internet]. 2017 [citado 2017 mar 15]; 8(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

[http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8 n1/783.htm](http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n1/783.htm).

1. Horta Muñoz D, Pérez Carmona A, Herrera Miranda G. "Conocimientos sobre salud bucal y principales enfermedades del policlínico Pedro Borrás. Pinar del Río. 2010-2011". Boletín de Medicina General Integral 7.4 (2008) [citado 2017 jun 20]; 19(1): 9-26.
2. Rodríguez A, Alfonso K, Bonet M. Prácticas de salud bucal y características sociodemográficas. Rev. Cubana Hig Epidemiol. 2008 [citado 2017 feb 20]; 46(3):269-89. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_ arttext&pid=S15613003X2008000300006&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_%20arttext&pid=S15613003X2008000300006&lng=es.%20)
3. Sala Adam MR., Sosa Rosales M.. Programa de Promoción y Educación para la Salud en Adolescentes. En Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología, 2002: 91-99.
4. Calsina M, Lárez L, Benavides Y, Henríquez Y, Moreno S. Lesiones bucales vistas en adolescentes. Rev. Obstet Ginecol Venez [serie en Internet]. 2005 [citado 16 mar 2017]; 65(1): [aprox.12 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322005000100002&lng=es&nrm=iso>
5. Regalado MG, et al. "Intervención educativa sobre periodontopatías en la Clínica Mario Pozo Ochoa de Holguín." *CCM* CCM 2013 [citado 2014 feb 12]; 15(1): Supl 1, Aprox. 3 pág. Disponible en:

<http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1250>

1. García Nápoles JE. Atención al Adolescente. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Atención Integral de Salud. La Habana: ECIMED; 2001p.159-60 65. OPS. La Salud en Las Américas. Publicación Científica y Técnica. 2012 [citado 2014 feb 20]; 587(1):197-8
2. Pérez Martínez R, Canut Freixas JL, De la Torre Menéndez L. Factores que limitan el acceso al tratamiento estomatológico. Rev. Méd Electrón [Internet]. 2011 sep-oct [citado: Abril 2017]; 33(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revistamedica/ano2011/vol52011/tem02.htm>
3. Tonetti C, Soares Cota AL, Arias Provenzano MG, Calvo Fracasso ML, Marques Honório H, Rios D. Conhecimento sobre alterações bucais e tratamento odontológico. Odontol Clin-Cient. 2012; 6 (2):132-70.
4. Zaldívar Pérez D. Estrategias para el control, disminución y cese del hábito de fumar. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1990 [citado 2017 ener 17]; 6(2):210
5. Colectivo de autores. Compendio de periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
6. González Hidalgo JA, Díaz Piedra JA, Alfonso Díaz K, Ávalos González MM. Hábito de fumar en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 [citado 20 enero 2017];28(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300007>
7. Álvarez Valdés N, Gálvez Cabrera E, Díaz Garrido D. Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 [citado 04 febrero 2017];23(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252007000300006&lng=es>

36. Fernández Concepción M, García Sánchez MR, Valdés Jiménez L, Martín Estévez L. Tabaquismo y adolescencia. Rev Cienc Méd La Habana [Internet]. 2012 [citado 8 abr 2017]; 18(1). Disponible en:http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/546/html

37. López Santana Y , Villar Rojas Y ,Laugart Wilson A. Modificación de conocimientos sobre tabaquismo en un consultorio médico de la familia. Rev Inf Cient 2014; 87(5):865‐873 [citado 20 abril 2018]

38. Peña Sisto M, Peña Sisto L, Díaz Felizola A, Torres Keiruz D, Lao Salas N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol. 2008; [citado 2017 mar 25]; 45(1):7.Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S003475072008000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

39. Yero Mier IM, García Rodríguez M, Rivadeneira Obregón AM, Nazco Barrios LE. Conocimientos sobre salud buco-dental: Consultorio La California. Gac méd espirit [revista en la Internet]. 2013  ene-abr [citado  2017 abr 18]; 15(3).Disponible en: http://revgmespirituana.sld.cu /index.php/gme/article/view/214

1. Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]. Encuesta Nacional de Adicciones [ENA 2008]. Secretaría de Salud. 2009; México [citado 2017 ener 20]; 18(1): 9-16. Disponible en URL: http://www.monografías.com
2. Consejo Nacional Contr Vera M, Vera Ramírez D, Rodríguez Motta C, Gou Godoy MA, Ibáñez Piedra S L, Barrios RodBouza Rodríguez T.Hábito de fumar y salud bucal en adolescentes. Politécnico Israel Moliné Rendón, Limonar, 2018. Rev.Med.Electrón.  [Internet]. 2017  Dic [citado  6 Jun Limonar, 2018. Rev.Med 2018 ] ;  39( 6 ): [Aprox.11p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script= sci\_arttext&pid=S168418242017000600006&lng=es.
3. González Ramos RM, Ventura Hernández MI, Valdivié Provance JR, Serrano Álvarez CR. Programa educativo. Sonríe con salud. Rev. Cubana Estomatol [Internet]2017; 51(3): [aprox. 6 p.]. [Citado 2018 Jun 12]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script>= sci\_arttext&pid=S0718381X2014000100007&lng=es
4. Domínguez Garcia L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y Juventud. Selección de Lecturas. Editorial Feliz Varela 2003:135-158.

44. Boggess KA, Urlabub DM, Moos MK, Polinkovsky M, El-Khorazaty J, Lorenz C. El adolescente sabe y opina sobre salud bucal. JAD, 2012 feb; 7(1):31-9