

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“MARIANA GRAJALES COELLO”
HOLGUIN

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “ANTONIO MACEO GRAJALES”

CACOCUM

TÍTULO: Intervención educativa sobre el tabaquismo en la adolescencia;
consultorio N° 18 del “Policlínico Antonio Maceo Grajales

Autor: Dra.Miriam Segura Lòpez

Residente de la Especialidad de MGI.

Tutor:Eduardo Avila Hernández.

Especialista en 1er grado en MGI.Profesor instructor.

Tesis de investigación para optar por el título de especialista en primer grado
en Medicina General Integral.

Holguin 2019

A faded background image of Fidel Castro Ruz, an elderly man with white hair and a beard, wearing a green military-style jacket. He is gesturing with his right hand while speaking.

Pensamiento

“...El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva, ..., en fin, será un ** Guardián de la Salud****.”**

“..., se hizo todo un programa, se creó un nuevo concepto, convertimos la generalidad en una especialidad: la medicina general integral, un concepto asociado a la idea del médico de familia””. (1997).

Fidel Castro Ruz.

Indice:

RESUMEN

Este estudio de tipo de intervención educativa se realizó con las finalidades de conocer el grado de conocimiento sobre el hábito de fumar en los adolescentes del consultorio No.18La Fortuna, del Policlínico Antonio Maceo en el municipio de Cacocum.

En la primera etapa del estudio se seleccionaron a todos los adolescentes de la localidad, realizando conferencias sobre diversos temas relacionados con el hábito de fumar. En una segunda etapa se les realizó una encuesta para analizar los conocimientos adquiridos.

Se obtuvo como resultado que los adolescentes comenzaban el consumo entre los 15 y 17 años de edad, que era más frecuente en los hijos de padres fumadores y que comenzaban en los centros escolares y la complicación más frecuente era el catarro común.

Palabras Claves: intervención educativa, hábito de fumar, adolescentes.

introducción

Las investigaciones en el mundo normalmente han demostrado que el uso del tabaco comienza en la adolescencia temprana situación que provoca un aumento de problemas de salud futuros. 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 biológicos¹⁻².

Según los criterios de la OMS (Organización Mundial de la Salud) se considera de forma convencional adolescente a toda persona cuya edad esté comprendida entre los 10 y 20 años, por lo que podemos definir el hábito de fumar en la adolescencia como la acción de 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 entre los 10 y los 20 años.³

En el mundo más del 80 % de los fumadores inicia el consumo regular del tabaco durante su vida escolar, en la etapa de adolescencia, de ahí que la edad de inicio sea cada vez más precoz. La mayor prevalencia mundial se encuentra en Vietnam, Chile, parte de África y República Dominicana en los hombres representando un 43.5%, mientras que en Dinamarca y Noruega es en las mujeres para un 23.4%. Hay en la actualidad 45 millones de fumadores en todo el mundo y en los Estados Unidos mueren 430,000 personas al año. ³

Según estudios recientes se conoce que en España mueren cada año más de 3000 personas donde se recoge que el 12% son fumadores pasivos y se estima que aproximadamente un 30% es en las edades entre 10 a los 18, de los cuales un 25% lo hacen antes de los 10 años. ⁴⁻⁵

En México se estima que mueren diariamente entre 122 y 165 personas debido al consumo de tabaco.⁵

En América Latina y el Caribe es del 40% en los hombres y el 21% de las mujeres. En algunas zonas el 50% son adolescentes y las 3/4 partes comienzan a fumar entre los 14 y los 17 años. Los varones fumadores tienen una tasa de mortalidad global 70% mayor que

los no fumadores. La mitad de los fumadores de cigarrillos mueren por esta causa.⁶

En Cuba es un serio problema de salud encontrándose entre las 10 primeras causas de muerte. En el 2010 se reconoció que los estudiantes de secundaria el 9.7% eran fumadores activos, el 24.6% habían fumado alguna vez y el 10.2% eran susceptibles a iniciarse, mientras que el 59% son fumadores pasivos en sus hogares. En el 2013 la mortalidad registrada fue de más de 5212 fallecidos a causa de complicaciones del tabaquismo. Mientras que en el 2007 se registro una cifra de 5104 una tasa inferior pero con gran significado debido a que representan un número elevado con respecto a la población total.⁷

Nuestro municipio no se encuentra ajeno a este hábito donde se ha constatado que más del 32% de los adolescentes alguna vez ha decidido fumar y el 45% son hijos de padres fumadores, y a su vez el consejo popular de fortuna presentó una alta incidencia en cuanto al hábito de fumar en edades tempranas de la vida y a la presencia de padres fumadores alrededor de los mismo.⁸

Por la elevada incidencia de el hábito de fumar cada vez en pacientes de menor edad a nivel mundial y en especial en nuestra población plante como

Problema científico:

¿Cuál será el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre el del hábito de fumar del consultorio no.18La Fortuna?

OBJETIVO

Conocer el nivel de instrucción de los adolescentes sobre el hábito de fumar en el consultorio No18.La Fortuna del Policlínico Antonio Maceo Grajales.

MARCO TEÓRICO

El consumo de tabaco en los países en desarrollo constituye un problema de salud pública cuya iniciación generalmente ocurre en la adolescencia, situación que culmina en el hecho de que en la adultez más de la mitad de sus componentes posean el hábito de fumar.⁷⁻⁸

El tabaco es tan adictivo como la droga, pues el mismo contiene productos psicoactivos q afectan los procesos del organismo y tiene efectos adversos sobre el mismo.⁹

Los fumadores se clasifican en activos aquellos q mantienen el hábito y pasivos los q rodean a las personas fumadoras, siendo más perjudiciales las que no fuman o los pasivos.¹⁰

Según estudios se plantea q la mujeres fumadoras producen un efecto más perjudicial cuando están embarazadas, ya q pueden producir niños bajo pesos, y con patologías respiratorias.¹¹

El tabaco es originario de la zona altiplano andino y q llegó al Caribe unos 2000 ó 3000 años antes de Cristo.¹¹

Estudios realizados en la historia plantean que cuando Colon llego a Cuba envió emisarios a buscar a dos de los exploradores que se habían enviado antes a la isla y entre los días 2 y 5 de noviembre de 1492,le empezó a llamar la atención como los hombres y mujeres aspiraban el humo de unos cilindros de hojas secas.¹²

En el diario de Bartolomé de las Casas se le reconocía a este tipo de tabaco como ``ciertas hojas secas envueltas en otras hojas, también secas, parecidas a los petardos, que se encienden por un extremos y se chupa por el otro, para introducir humo a los pulmones, adormecer el cuerpo y así embriagarse`. ¹²

Se cree que cojiba es la palabra taina que designaba al mosquito o rollo de hoja seca que fumaban, siendo el primer nombre designado para el cigarro, y

tabaco era el nombre del tubo en forma de `y', con el que los indios aspiraban el cigarro en polvo.¹³

Por lo que se reconoce que cuando Colón llegó a las Américas, la planta ya se había extendido por todo el continente y casi todas las tribus y naciones de América habían tenido contacto con él.¹³

Cuando se colonizó a América ya el consumo estaba expandido por todo el continente, y se usaba especialmente en ritos para soplarlo en la cara de los guerreros antes de la lucha, se esparcía en los campos, se le ofrecía a los dioses y se esparcía sobre las mujeres antes de las relaciones sexuales, se dice además que la primera siembra fue en Europa y rápidamente se diseminó en todo el continente.¹³

Estudios plantearon que el tabaco es el producto de la agricultura originado en América y procesado a partir de la hoja de *Nicotiana tabacum* que abarca más de 50 especies agrupadas en cuatro grupos: *N. tabacum*, *N. petunoides*, *N. rustica* y *N. glauca*, según los expertos en la vegetación plantean que los primeros cultivos tienen lugar entre los cinco mil y tres mil años antes de nuestra era.¹⁴

Los primeros cigarrillos de papel manufacturados y empaquetados llegan a España en torno a 1825, y luego en 1833 hace presencia la primera cajetilla y es cuando se le denomina `cigarrillo' o `cigarrito', que proviene de la palabra cigarro, llamado así por su similitud con una cigarra. Introducido por mercaderes brasileños, prosiguió su expansión por Portugal y luego en toda Europa.¹⁴

La guerra de Crimea sirvió para popularizar aun más a los cigarrillos entre las tropas francesas. Luego en 1830 en España se extendió el consumo del cigarrillo, especialmente en las mujeres, y el papel utilizado para los cigarrillos es apreciado en toda Europa, ya que era aromatizado con licor y estampado con colores vivos.¹⁴

Aunque su verdadero auge no fue hasta que Bonsack inventó la máquina de vapor que producía cientos de cigarrillos, que la patente de la misma fue comprada por James Buchanan Duke en 1885. La marca francesa Gauloises apareció antes de la Primera Guerra Mundial y la Gitanes en 1927.¹⁴

Desde entonces el cigarrillo ha sido de gran valor en las guerras y situaciones de crisis. Durante la Segunda Guerra Mundial se llegó a pagar 400 francos por un cigarro y llegó a convertirse en moneda de cambio en Rumanía.¹⁴

El tabaco no constituyó un problema de salud hasta la Revolución Industrial momento en el que comenzó la producción masiva y no fue hasta el 90 donde se reconoció el efecto nocivo del tabaco ,ya en el 2001 la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud intentaron prohibir la publicidad del tabaco .A partir del 2004 las empresas tabacaleras se vieron obligados a especificar los adictivos q utilizaban en la producción del tabaco y todas las cajetillas que empezaron a comercializarse usaban la leyenda de" Fumar daña la salud" , "fumar mata"¹⁵

.Además de que el 17 de diciembre del 2004, Butan se convirtió en el primer país del mundo en prohibir la venta y el consumo del cigarro, sus habitantes solo podían portarlo luego de pagar un impuesto del 100%, y consumirlo solo en sus hogares.¹⁵

El tabaquismo es la principal causa de mortalidad en la mayoría de los países desarrollados a partir del siglo XXI, se conoce q la mayor forma de consumo es la inhalante en la cual el extremo del cigarro q se está quemando alcanza una temperatura de hasta 100 grados y se han reconocido q se liberan más de 4000 compuestos químicos entre los q se encuentran la nicotina, alquitrán, amoníaco, insecticidas como el DDT, propano q es un combustible para las naves espaciales, benceno, butano, arsénico, cianuro de hidrógeno, monóxido de carbono. Por lo q fumar un solo cigarro eleva el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial.⁶

Entre las principales empresas que comercializan grandes marcas de cigarro se encuentran Altadis, British American Tobacco, American Tobacco Company y Phillip Morris con los cigarros de la Fortuna y Malboro. Entre las marcas

cubanas más reconocidas se encuentran Montecristi, Cohiba, Romeo y Julieta y Popular.⁶

En la actualidad se han desarrollado varias formas de fumar como el cigarro eléctrico de origen chino ,que consta de tres partes los filtros con varios sabores, el atomizador y la batería recargable, emitiendo una temperatura de --400 a 600 grados lo que simula una solución para fumar.⁶

En el humo de los cigarrillos se han identificado 4000 sustancias tóxicas que incluyen algunas farmacológicamente activas, antigénicas, citotóxicas, mutágenas y carcinogénicas. Una caja de cigarros al día equivale a 70,000 inhalaciones al año con exposición repetida a las mucosas de la boca, nariz, faringe y árbol traqueo bronquial. ⁶

Además con componentes absorbidos por sangre o disueltos por la saliva y deglutidos. Las respuestas del sistema de órganos y tejidos a la inhalación del humo del cigarro son múltiples y complejas. La mayor parte de los estudios han identificado a la nicotina y al monóxido de carbono como los componentes de mayores riesgos para la salud.⁷

La nicotina es un alcaloide muy tóxico, estimulante y depresor ganglionar. Muchos de sus efectos están mediados por la liberación de catecolaminas. También se ha demostrado que la nicotina aumenta las concentraciones séricas de glucosa, cortisol, ácidos grasos libres, hormona antidiurética y Beta-endorfinas.⁷

El monóxido de carbono interfiere en el transporte y utilización del oxígeno. El humo del cigarro contiene de un 2 a un 6% de monóxido de carbono y los fumadores inhalan hasta 400 partes por millón y tienen una concentración elevada de carboxihemoglobina (COHb). Los fumadores alcanzan entre un 2 y un 15% de COHb mientras que los no fumadores el 1%. El nivel medio de COHb en fumadores moderados es mayor de un 5%.⁸

El ambiente familiar y sociocultural en el que viven los adolescentes es un factor q podría predisponer o no al hábito de tabaco. Los adolescentes que conviven en ambientes sanos de fumadores tienen menor riesgo de ser fumadores.⁸

El consumo de tabaco según la Organización Mundial de Salud en los años 1998 en los varones fumadores representaban del 30 al 40% de la población mientras que las mujeres representaban del 20 al 40%,y se veía en las personas jóvenes con mayor frecuencia.⁸

En los años siguientes este porcentaje fue aumentado considerablemente hasta un 70% en ambos sexos.

En Santiago de Chile se comprobó que la edad de comienzo más frecuente era entre los 13 y 14 años de edad, existiendo mayor prevalencia en las mujeres, demostrando además que era muy frecuente asociar el consumo de cigarrillos con el alcohol.

Según la Organización Panamericana de Salud plantea que en Perú la prevalencia de los fumadores es de un 27% y el 40% se expone de manera involuntaria al humo del cigarro. El 3.9% entre 8 y 10 años han fumado y el 3.6% de menores de 15 años están fumando. El 90% ha comenzado a fumar antes de los 20 años y existen más hombres que mujeres fumadoras.

En Colombia según la Encuesta Nacional de Salud que entre los 12 y 18 años existe una alta incidencia en la población sobre el hábito de fumar con un 2.4% de los adolescentes, y que además sigue siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, con mayor incidencia en los hijos de padres fumadores.

En España según los últimos estudios realizados se planteo que el consumo del cigarro es el culpable de la muerte de un 24% de la población masculina y del 7% de la población femenina, generando un gasto de atención sanitaria de 7000 euros anuales, y que fallecen más entre el 6 y el 15% de las personas fumadoras pasivas.

En Cuba, en el año 2007, el tabaquismo alcanzó un alto índice, además en estudio realizados en el 2010 se concluyó que de cada 10 fumadores uno inicio el hábito antes de los 12 años de edad, 4 de cada 10 entre los 10 y los 12 y 2 de cada 10 entre los 17 y 19,.

En Santiago de Cuba se demostrado que históricamente es la ciudad con mayor índice de pacientes fumadores, calculándose que entre el 15 y el 20% de ellos han desarrollado complicaciones derivadas del consumo del tabaco, con mayor incidencia de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

Por lo que el sistema de salud cubano implemento un plan de medidas, llamado el Programa Nacional para la Prevención y el Control del Tabaquismos en Cuba, el cual incluye como objetivo priorizar la prevención en niños, adolescentes y jóvenes. De igual forma se le dio protagonismo al médico y a la enfermera como promotores de actividades preventivas y educativas en las comunidades.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa en la población adolescente acerca de las complicaciones del hábito de fumar con el objetivo de ampliar sus conocimientos sobre el hábito de fumar para evitar el aumento de las mismas y contribuir así al aumento de la esperanza de vida y a una mejor calidad de vida .

La investigación se realizó con los adolescentes del consultorio no 18 " La Fortuna " del " Policlínico Antonio Maceo Grajales ".

Universo y muestra:

El universo estuvo constituido por los adolescentes entre los 12 y los 20 años de edad del consultorio no.18 del Policlínico Antonio Maceo Grajales con 42

adolescentes a los que se le aplicó los criterios de inclusión, quedando la nuestra muestra conformada con un total de 23 adolescentes fumadores.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que desearon participar en nuestro estudio y que dieron su consentimiento informado (anexo 1).
- Pacientes comprendidos entre 12 y 20 años de edad.
- Pacientes que no padecieran de enfermedades psíquicas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no desearon participar en nuestro estudio.
- Tener limitaciones neuropsicológicas o psiquiátricas que le impidieron la comprensión.

CRITERIOS DE SALIDA:

- Abandono voluntario.
- Traslado de área.

PARÁMETROS ÉTICOS

Los criterios éticos a considerar estuvieron fundamentados en la declaración de Helsinki, ya que se pedirá el consentimiento informado a cada paciente objeto de estudio, con constancia escrita (ANEXO 1), la cual fue aplicada por el autor de la investigación.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los primeros datos se obtubieron por la revisión de las historias familiares donde se extrajeron los paciente en las edades comprendidas entre 12 y 20 años de edad, los cuales reunian los criterios de inclusión, de acuerdo a lo antes descrito.

Para la recopilación de la información referente a las variables relacionadas con la investigación, se utilizaron como fuente primaria una entrevista inicial semiestructurada (ANEXO 2). La información obtenida se llevo a una base de datos y los resultados se procesaron en cuadros y gráficos de distribución simple de variables con los resultados expresados en número y por ciento.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Ti p o d e Variable	Es c ala	Descripción	Indicador
Grupo de edad	Cuantitativa Continua	12-14 años 15-17 años 18-20 años	Edad en años según carné de identidad	Porcentaje de pacientes adolescentes s edad
Antecedentes familiares de	Cualitativa Nominal	Si No	Se refiere a los antecedentes	Números absolutos y

ser fumadores			del hábito de fumar	porcentajes
Según el sexo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino	Se refiere al sexo de los adolescentes	Números absolutos y porcentajes
Según las complicaciones	Cualitativa	Catarro común Bronquitis Neumonías Hipertensión Arterial	Se refiere a las complicaciones .	Números absolutos y porcentajes
Según el lugar de consumo	Cualitativa	Casa Escuela Fiestas	Se refiere al sitio donde practica el hábito	Números absolutos y porcentajes.

CRONOGRAMA

Tareas principales	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Elección del tema	28-12-2017	30-12-2017
Revisión bibliográfica	30-12-2017	12-04-2019
Recolección de la información	10-01-2018	24-01-2018
Procesamiento y análisis de la información	31-01-2018	14-03-2019

Elaboración del informe final	31 -02-2019	15-04-2019
Presentación ante el tribunal	18-04-2019	18-04-2019

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tabla1: Distribución de los adolescentes según el hábito de fumar del consultorio no.18 del policlínico Antonio Maceo en el año 2019.

Hábito de fumar	Número	%
Fumadores	23	55
No fumadores	19	45
Total	42	100

La tabla numero 1 representa la distribución de pacientes fumadores o no, evidenciando que existen 23 adolescentes fumadores que representan un 55% del total, mientras que los no fumadores fueron 19 para representar un 45% del total, demostrando que existe una alta prevalencia de adolescentes fumadores sobre los no fumadores.

Coincidiendo con estudios realizados por la doctora María de los Ángeles Martin en el policlínico Héroes del Moncada en Matanzas que represento que de la población adolescente estudiada la mayor parte eran fumadores revelando que su alta incidencia estaba dada porque eran hijos de padres fumadores.

El estudio realizado en el policlínico Pedro Borran en Pinar del Rio concluyo que en la muestra estudiada más de la mitad fueron fumadores coincidiendo con nuestro estudio y revelando una vez más que estaba dado por la influencia negativa del consumo del cigarro dentro del ambiente familiar.

Según estudio realizados por Glenda Borja en Cienfuegos este estudio coincide con los resultados encontrados en su estudio dando a conocer que el mayor por ciento de la población es fumadora y de ellos la mayoría fueron adolescentes.

En la revista de ciencia y enfermería un estudio realizado por Luisa González y Kareen Berger no coincide con nuestro estudio ya que ellos representaron un porcentaje menor los fumadores siendo más representativos los no fumadores.

Según Alejandro Villena y Susana Moreno en el estudio realizado en España concuerda con nuestro estudio donde se plantea que el mayor número de adolescente son fumadores con un porcentaje por encima de la mitad significativo de la muestra estudiada.

Tabla 2.Distribucion de los adolescentes del consultorio No. 18 del Policlínico Antonio Maceo Grajales en el 2019 según edad de inicio de consumo de cigarro.

Edad	Numero	%
12-14 años	7	30
15-17 años	12	52
18-20 años	4	18
Total	23	100

Fuente: Entrevista (ANEXO 2)

La tabla numero 2 representa la edades de inicio del consumo del hábito de fumar siendo la edad más frecuente entre los 15 y 17 años de edad con un total de 12 adolescentes que representa un 52% del total, siguiéndole las edades entre 12 y 14 con 7 adolescentes representando el 30% ,y por ultimo entre 18 y 20 con 4 representando un 18% del total de adolescentes,por lo que me permitió concluir que existe una prevalencia al inicio del consumo del tabaquismo de los adolescentes entre los 15 y 17 años de edad.

El estudio realizado en Pinar del Rio coincidió con el nuestro demostrando que la edad de comienzo del Hábito del consumo de cigarro fue entre los 15 y 17 años de edad con mayor incidencia a los 15 años es decir en la edad de comienzo de la vida preuniversitaria.

Este estudio coincidió con el realizado por el doctor René García Roche, Patricia Varona, Mariela Hernández ya que los mismos plantearon que la edad de mayor incidencia fue la de 15 a 17 años de edad, aunque con mayor incidencia a los 16 años, ya que reportaron su mayoría de adolescentes fumadores en el 11 grado.

En el estudio realizado por Bertha Nuños Gutiérrez y Alfredo Celis se exponen como resultado que la mayor incidencia estuvo entre los 16 y 17 años de edad, coincidiendo con nuestro estudio y compartiendo con ella de que nuestros adolescentes de mayor incidencia estaban en centros escolares becado.

En España el estudio realizado por Alejandro Villena y Susana Moreno concuerda con nuestro estudio ya que según su estudiola mayor incidencia de adolescentes fumadores se encontraba entre los 15 y 17 años de edad con mayor representación a los 15 años.

El estudio realizado por Carlos Filibert y Rosibel de los Angeles en la ciudad de México en el 2012, concuerda con nuestro estudio pues según la muestra estudiada por ellos la edad donde hubo mayor número de fumadores fue entre los 15 y los 16 años, representando un 60% del total, compartiendo la interpretación de varios autores de que en esta edad hay una mayor influencia de los grupos en que se desenvuelven los mismos.

Tabla 3. Antecedentes familiares de ser fumadores en el consultorio No.18 del policlínico Antonio Maceo Grajales.

Antecedentes Familiares	Numero	%
Padres fumadores	16	69.5
Padres no fumadores	7	30.5
Total	23	100

Fuente: Entrevista (ANEXO 2)

La tabla numero 3 representa el total de adolescentes fumadores, hijos de padres fumadores o no, con una mayor incidencia en los adolescentes cuyos padres eran fumadores para un 69.5% del total, mientras que los hijos de padres no fumadores representaron un 30.5%. Demostrando que existe una alto índice de influencia en el hábito de fumar en los adolescentes en cuyos hogares existía un patrón anterior sobre el consumo del tabaco.

Estudios realizados en el policlínico Pedro Borran en Pinar del Rio coinciden con el estudio realizado por nosotros, ya que la mayor parte de la muestra estudiada provenía de padres fumadores.

Según el estudio realizado en la secundaria Argenis Burgo en Santiago de Cuba por Ana Maria y Yailen Solano concuerda con este estudio planteando que la mayor representación de su muestra estuvo dada porque el habito de fumar inicio desde los hogares o con un padre fumador o con ambos, siendo menos representativo en los hogares con hermanos fumadores.

En el estudio realizado en La Habana en el II frente, se plantea que la mayor incidencia de toda la muestra estudiada estuvo en los adolescentes hijos de padres fumadores representado el 14.45 según el Odds Ratio concordando con nuestro estudio de manera que plantean que la presencia de padres fumadores dentro del hogar si influye en la formación del adolescente.

En el estudio realizado por Elisabeth Aurora en Colombia plantea que según la muestra estudiada en la misma localidad los adolescentes hijos de padres fumadores fueron la mayor parte de su estudio planteando que sus padres son ejemplos a seguir por ellos, concordando con nuestro estudio.

En el estudio realizado por Bertha nuños y Alfredo Celis en Guadalajara no concuerda con nuestro estudio ya que en el mismo plantea que de la muestra estudiada no existe influencia del ambiente del hogar en el consumo del cigarro.

Tabla 4. Distribución de los adolescentes fumadores según sexo del consultorio No.18 del Policlínico Antonio Maceo Grajales.

Según sexo	Numero	%
------------	--------	---

Femenino	10	43
Masculino	13	57
Total	23	100

Fuente: Entrevista (ANEXO 2)

En la tabla 4, se planteó la incidencia de los adolescentes fumadores entre ambos sexos, prevaleciendo el sexo masculino con un total de 13 adolescentes que representaron un 57% del total, mientras que las féminas fueron 10 representando un 43% del total, demostrando que existe una mayor predilección al sexo masculino para demostrar hombría que en el femenino.

Según los estudios que se realizaron en Colombia por Elisabeth Aurora, nuestro estudio concuerda ya que el mismo plantea que el 60% de su muestra eran masculinos, ya que referían que las muchachitas se fijaban más en ellos, que los hacía aparentar mayor edad, y verse más hombres.

En la investigación realizada en Pinar del Río por el policlínico Pedro Borjas se refleja que el 78.4% de la población estudiada de adolescentes fueron del sexo masculino concordando con nuestro estudio, refiriendo lo mismo que se veían mucho más hombres.

Según los estudios realizados en Guadalajara por Bertha Nuños se recoge como información que 53 adolescentes del sexo masculino eran fumadores representando un 57% del total de la muestra, concordiando con este estudio y todos concuerdan con la teoría de que se ven mucho más hombres y tienen más novias.

Nuestro estudio concordó con el realizado en la secundaria básica Argenis Burgos en Santiago de Cuba, de la muestra estudiada por lo mismo el 31% de los adolescentes fumadores fueron varones.

El estudio realizado en La Habana por René García concuerda con nuestro estudio, planteando que el 11.5% de los adolescentes son del sexo masculino

y el 6.3% eran del sexo femenino, mostrando las mismas razones para su consumo.

Tabla 4. Distribución según las principales complicaciones en los adolescentes del consultorio No.18 del policlínico Antonio Maceo Grajales.

Complicaciones	Numero	%
Catarro Común	12	52
Bronquitis	6	26
Neumonía	5	22

Fuente: Entrevista (ANEXO 2)

La tabla 4 representa las principales complicaciones que han tenido los adolescentes en el consultorio 18 La Fortuna con mayor incidencia en el catarro común con un total de 12 pacientes adolescentes, que representan el 52% del total, seguido de la bronquitis con 6 adolescentes para un 26% del total, y la menos frecuente pero no menos importante con un total de 5 adolescentes representando un 22% y todos recibieron tratamiento con antimicrobianos.

Según estudios realizados en La Habana del Este en el instituto José Martí concuerda con nuestro estudio que refieren que el mayor número de pacientes atendidos presentaron patologías respiratorias, con más frecuencia el catarro común.

En investigaciones realizadas por Maria Bolet y Maria Matilde coincide con nuestro estudio ya que en el mismo, se describe como una de las complicaciones más frecuentes el catarro común, precedido de las bronquitis, refiriendo que la nicotina tiene una gran influencia en la laringe y la faringe.

En Cárdena el estudio realizado concuerda con nuestro estudio ya que plantean que la afección más frecuente es el catarro común con 51 adolescentes de la muestra tomada.

Según el estudio realizado en la Ciudad de La Habana, nuestro estudio no coincide con el, ya que según el mismo se plantea que de la muestra estudiada la complicación que más se evidencio fue la hipertensión arterial, aunque en la mayoría de los adolescentes estudiados fue a partir de los 18 años.

En estudios que se realizaron por la Sociedad Española, plantearon que la mayoría de las patologías que aparecían eran respiratorias con un aumento considerable en las neumonías, ya que era la complicación de catarros comunes con mal cuido por lo que no concuerda con nuestro estudio.

Tabla 5.Distribución según el lugar el lugar de consumo de los adolescentes del consultorio No.18 del Policlínico Antonio Maceo Grajales.

Lugar	numero	%
Casa	6	26
Escuela	10	43
Centros nocturno	7	31
Total	23	100

Fuente:Anexo2

La tabla 5 muestra el lugar donde mas frecuentemente los adolescentes del consultorio de La Fortuna consumen el cigarro,evidenciándose que con mayor frecuencia se consume en los centros escolares con 10 adolescentes para un 43%,seguidos de los centros nocturnos con 7 adolescentes que representan un 31%,y donde menos consumo delo cigarro había era en sus casa ya que ellos refieren que los padres los regañan con un total de 6 adolescentes que representaron un 26% del total.

El estudio que fue realizado en La Habana concuerda con nuestro estudio ya que los adolescentes plantean que en la escuela los padres no los están mirando y a la vez que muchos de los padres no reconocen que sus hijos son fumadores.

En la investigación realizada en la ciudad de La Habana se planteo que de la muestra estudiada la mitad consumían el cigarro por primera vez en los centros escolares coincidiendo con nuestro estudio, y se demostró que la razón que plantean los adolescentes es porque muchos de sus padres no saben que son fumadores y hay no los ven consumiéndolo.

En los estudios que se realizaron en Guadalajara coinciden con nuestro estudio ya que los adolescentes plantean que en los horarios de receso de la docencia, se reúnen en pequeños grupos y consumen el cigarro que encuentran en los pequeños puntos de venta en la calle.

En el estudio que se realizó en la secundaria básica Argenis Burgos en Santiago de Cuba se planteo que la incidencia del consumo del cigarro durante el horario escolar era de un 43% del total concordando con nuestro estudio.

En América del Sur estudios realizados concordaron con el nuestro, ya que los resultados presentados concluyeron que los adolescentes consumidores del cigarro lo realizan con más frecuencia en los centros escolares, refiriendo que existe menos vigilancia que en su casa donde los padres los requieren y no les permiten el consumo.

Tabla 6. Estrategia de Intervención Educativa.

Tema	F.O.E	Duración	Lugar
Introducción sobre el hábito de fumar	Conferencia	45 minutos	Consultorio
Componentes del cigarro			
Distribución mundial de la mortalidad a causa del cigarro	Conferencias (2)	30 minutos	Consultorio
Proyección de video sobre el hábito de fumar y la			

mortalidad mundial			
Principales complicaciones del hábito de fumar	Coloquio	15 minutos	Terreno

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado este estudio de tipo de intervención educativa se evidencio que en el área estudiada existen un total de 23 adolescentes fumadores y que de ello 12 comenzaron el hábito de fumar entre los 15 y 17 años de edad, que de ellos mas mayor parte provenía de hogares donde había consumo del cigarro y que además su primer consumo era en los centros escolares y la complicación que se presento con mas auge fue el catarro común.

Antes de este estudio mucho de ellos no conocían el comportamiento del hábito de fumar y sus complicaciones más frecuentes y al concluir el mismo el 100% de la población adolescentes reconoció que ya estaban preparados enfrentar y evitar el consumo del cigarro.

RECURSOS HUMANOS

1. Dra. Miriam Segura López. Residente de Segundo año de Medicina General Integral. Jefe de Proyecto.

RECURSOS MATERIALES

Para este proyecto se utilizararon recursos como lápices, bolígrafos, libretas, presilladora, perforadora, gomas, hojas blancas formato carta, impresora y Laptop PC.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Iglesias Carbonell S, Mendiluzza Nazco Y, Arteaga Prado Y. El tabaquismo en adolescentes preuniversitarios de la ciudad de Pinar del Río, Cuba. Revista Cubana de Pediatría [Internet]. 2017 Oct [citado 3 marzo 2019];89(4):1–11. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129268780&lang=es&site=ehost-live>
- 2-Nuño-Gutiérrez BL, Celis-de la Rosa A, García-Pérez OP. Indicadores de salud mental y su asociación con tabaquismo en adolescentes de Guadalajara según sexo. Revista Medica del IMSS [Internet]. 2015 Sep [citado 3 marzo 2019];53(5):570–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=110960628&lang=es&site=ehost-li>
- 3-Quinzán Luna AM, Solano Quinzán Y, López Vantour AC, Pérez Prada LA, Ramón Jiménez R. Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica “Argenis Burgos.” MEDISAN [Internet]. 2015 Oct [citado 3 marzo 2019];19(10):3028–33. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111203893&lang=es&site=ehost-live>
- 4-García Roche RG, Pérez PV, Sánchez MH, de la Rosa MC, Gorbea MB, García Pérez RM. Influencia familiar en el tabaquismo de los adolescentes. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2008 Sep [citado 3 marzo 2019];46(3):1–9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=51974777&lang=es&site=ehost-live>
- 5-Arrocha MF, Fernández CR, Teresa M, Pedroso G, Dehesa MBD, García MN. Obesidad, hipertensión y tabaquismo: señales ateroscleróticas tempranas en adolescentes de la secundaria básica “Guido Fuentes.” Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2009 Apr [citado 3 marzo 2019];28(2):1–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=52849010&lang=es&site=ehost-live>

- 9-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; 2001. p.159-164.
- 10.-Martínez González E. Sexo y tabaco. Rev Cubana Med Inter. [En línea] 2001 [consultado 9 Mayo 2019]; Disponible en URL: <http://www.ucmh.sld.cu/>
- 11.-Romina PC. Drogas Legales: El alcohol y el tabaco. 2004.[consultado 2 marzo 2019] Disponible en URL: <http://www.monografias.com>
- 12-Fernández E, Schiaffino A, Borrás JM. Epidemiología del tabaquismo en Europa. Salud Pública Mex. 2002 [2 marzo 2019]; 44(supl 1):11-9. Disponible en URL: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.
- 13-OPS. La Salud en Las América. Publicación Científica y Técnica. 2002;587(1):197-8.
- 14-Ministerio de Salud Pública. Programa para la prevención y el control del tabaquismo en Cuba. La Habana;2006[2 marzo 2019]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/ppct.pdf>
- 15-Arias del Castillo N. Neoplasia del pulmón. Comportamiento epidemiológico. Rev Cubana Oncol. 2001; 17(2):101-4.
- 16-Achiong Estupiñán F, Morales Rigau JM, Dueñas Herrera A, Acebo Figueroa F, Bermúdez González CL , Garrote Rodríguez I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Matanzas: CPHE;2008[2 marzo 2019]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_1_06/hie01106.htm
- 17.- Osorio X, Rivas E. Prevalencia de tabaquismo en enfermeras de la IX Región Chile. Rev Méd Chile. 2003;131(3).
- 18.- Torrecilla García M, Barrueco M. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. Aten Primaria. 2002;3(4):197-206.
- 19.- Recibido: 2 de enero de 2006. Aprobado: 9 de enero de 2006.
MSc. Magda Acosta González. Instituto de Cardiología y Cirugía

Cardiovascular. La Habana, Cuba.
e-mail: magda.acosta@infomed.sld.cu.

- 20.-Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas 2007. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2009; 31(2). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema3.htm> citado 13 marzo 2019.
- 21.-González Blanco M, Pérez Cernuda C, Fernández Benítez O. Programa de intervención educativa grupal, para el hábito de fumar [monografía en Internet]. La Habana; 2006 [citado 15 marzo 2019]. Disponible en: <http://psiquiatria.com.7congreso/2006/adicciones/articulos>

ANEXO 1

Consentimiento informado

Yo..... a través de este documento doy aprobación de mi participación voluntaria en la investigación, estando en el uso pleno de mis facultades físicas y mentales sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio que constituirá un estudio de intervención educativa que tiene como título. Intervención educativa sobre las complicaciones del tabaquismo en los adolescentes ; consultorio N° 18 "Policlínico Antonio Maceo Grajales

Estoy dispuesto (a) a participar en las actividades requeridas en la investigación, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial, como también en cualquier momento fuera de mi voluntad abandonar el proyecto. Autorizo la utilización de los resultados en publicaciones y otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y que además no recibiré ninguna gratificación económica o material. He realizado todas las preguntas que consideré necesarias acerca de la investigación y en caso de que desee aportar algún nuevo dato o recibir más información sobre el estudio o la enfermedad, conozco que puedo dirigirme a.

Dra.Miriam Segura López del consultorio No 18 Policlinico Antonio Maceo Cacocum.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Paciente

Padre

Firma: _____

Firma:-----

Fecha:_____ Lugar_____ Hora _____

ANEXO 2

Entrevista Inicial Semiestructurada

1. Nombre y Apellidos.
2. Edad: _____
3. Sexo:
4. Edad de inicio del hábito de fumar: _____
5. Alguien en la casa fuma: _____
6. ¿Qué sabes del hábito de fumar?
7. ¿Conoces las complicaciones del hábito de fumar?
8. ¿Dónde comenzaste a fumar?
9. ¿Para usted cual es la importancia de que se realicen revisiones estomatológicas regulares en los pacientes fumadores?