

## **POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE SUR MORÓN**

**Intervención educativa con adolescentes para el no inicio del hábito de fumar en el municipio Morón.**

**Educative intervention with adolescents to avoid beginning of the smoking habit in Morón municipality.**

Yixi Pérez Morales (1), Yaxunaris Tamarit Pérez (2), Lourdes Castillo Rojas (3), Aleida Perdomo Gómez (4), Ettienne Pino Feo (5)

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio de intervención educativa antes-después con los adolescentes entre las edades de 11 y 15 años de edad pertenecientes al consultorio 21 del Policlínico Docente Norte y al consultorio 20 del Policlínico Comunitario Docente Sur, de Morón, en el período comprendido desde Diciembre del 2001 hasta Enero del 2004; con el objetivo de promover conductas responsables que favorecieran el no inicio del hábito de fumar. Para ello aplicamos un sistema de influencias el cual se evaluó antes y después de su realización. En cuanto a los resultados obtenidos encontramos que de las personas fumadoras que rodean al adolescente los profesores son los que más lo hacen, la mayoría de los adolescentes planteó no fumar en el momento de la investigación, el mayor porcentaje de los adolescentes expresó no influir sobre sus coetáneos para evitar que fumen, se observó en los adolescentes un marcado aumento del nivel de conocimientos sobre la nocividad del tabaquismo, apreciándose un aumento en la capacidad de ser asertivo.

**Palabras clave:** ADOLESCENCIA, CONDUCTA DEL ADOLESCENTE, TABAQUISMO

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
3. Licenciada en Psicología. Profesora Titular de la UNICA
4. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Profesora Instructora
5. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora.

## INTRODUCCIÓN

El tabaco está compuesto por múltiples sustancias tóxicas con capacidad de producir dependencia física y psicológica, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga su uso como tabaquismo (1).

Esta organización en el balance del año 1998 llegó a la conclusión de que el hábito de fumar constituye, junto a la malaria, el problema de salud más acuciante en estos momentos en el mundo ya que es responsable directo de 23 padecimientos de la salud humana y provoca una muerte cada 8 segundos.

Actualmente hay unos 800 millones de fumadores en países en desarrollo y su número sigue aumentando. Se calcula que la mitad de los hombres y casi el 10 % de las mujeres de los países en desarrollo fuman (1,2).

En el continente americano el tabaquismo continúa siendo uno de los problemas previsibles que afectan en forma más manifiesta la salud y la calidad de vida de sus habitantes. En América Latina y el Caribe anualmente tienen lugar más de 100 000 defunciones por esta causa (3).

El aumento del hábito de fumar en el presente siglo está íntimamente relacionado con el incremento de la industrialización del tabaco, la accesibilidad al producto, la propaganda cuidadosamente dirigida hacia "el aumento del disfrute de la vida " o la ayuda para enfrentar sus problemas y complicaciones y otros factores de mayor complejidad.

Lo cierto es, que lo que hace menos de un siglo era costumbre de relativamente pocos, casi exclusivamente hombres mayores, se ha convertido hoy en hábito de centenares de millones de personas de ambos sexos; sobre todo en mujeres jóvenes y adolescentes (4).

Hay que señalar que las Campañas Antitabáquicas han tenido poco impacto en los jóvenes.

En muchos países fuman más los jóvenes que los adultos. El inicio del hábito se realiza en edades muy tempranas y donde se está extendiendo más rápidamente es en las mujeres jóvenes de países occidentales. En algunos países de Europa y Estados Unidos las adolescentes fuman más que los varones de su mismo grupo de edad (5,6).

Solo el 15% de los adolescentes que empiezan a fumar abandonan el hábito más tarde, y el 75% de aquellos que lo dejan vuelven a empezar a fumar antes de seis meses. El 22% de niños de escuelas secundarias son fumadores.

El hábito inicial se refuerza con patrones tales como: la presión de los amigos, la imitación de ejemplos; su carácter de instrumento de identificación social y relaciones personales (7).

En Cuba, la situación del hábito de fumar, no es mejor que en el resto del mundo, ya que en todo el proceso de formación de la nacionalidad y la cultura cubana el tabaco ha jugado un papel protagónico e innegable lo que lógicamente ha conllevado a una tolerancia social en relación con su consumo (8).

Nuestro municipio no escapa de la realidad mundial y nacional, aunque la incidencia de tabaquismo ha disminuido en los dos últimos años, de ahí la importancia que reviste trabajar en el no inicio de la adicción en edades tempranas.

Por todo lo anterior decidimos realizar una estrategia de intervención que abarca a los adolescentes de ambos sexos entre 11 y 15 años para promover conductas responsables en el no inicio de este hábito

## **Objetivos**

2.1 **Objetivo General:** Promover en los adolescentes del Municipio Morón conductas responsables que favorezcan el no inicio del hábito de fumar

2.2 **Objetivos Específicos::**

2.2.1 Valorar antes y después de la intervención educativa el comportamiento de las siguientes variables:

- Personas del entorno que fuman.
- Experiencia con el cigarro.
- Influencia sobre los coetáneos para evitar que fumen.
- Opiniones sobre el tabaquismo.
- Asertividad.

## **IV. Método**

Se realizó un estudio de intervención educativa antes-después, con los adolescentes del consultorio 21 pertenecientes al Policlínico Docente Norte y al consultorio 20 del Policlínico Comunitario Docente Sur de Morón, en el período comprendido desde Diciembre del 2001 hasta Enero del 2004 con el objetivo de promover conductas responsables que favorecieran el no inicio del hábito de fumar.

El universo de trabajo lo conformaron los adolescentes comprendidos entre las edades de 11 y 15 años dispenzarizados en los consultorios.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes retrasados mentales.
- Adolescentes con trastornos psiquiátricos.
- Adolescentes que no quieran cooperar.

La fuente de recolección de la información lo constituyó la encuesta, la cual se validó mediante un pilotaje. La encuesta fue aplicada antes de desarrollar el programa educativo y al finalizar el mismo donde se valoraron si existieron modificaciones en las siguientes variables:

Experiencia con el cigarro.

Conocimientos sobre tabaquismo.

Conflictos del adolescentes.

Asertividad.

El programa educativo constó de una serie de sesiones donde se trabajaron esas variables anteriores mediante conferencias, video-debates, técnicas reflexivas y técnicas participativas. Las sesiones (7) fueron mensuales y fue evaluado su impacto al finalizar mediante la aplicación de la encuesta.

Criterios de evaluación de las variables de la encuesta (operacionalización)

Asertividad. (ítem VIII)

Si marca el ítem b ó f es adecuada la respuesta.

Como medida de resumen de la información se utilizaron las distribuciones de frecuencias y los porcentajes, presentándose los resultados en tablas de distribución de frecuencia.

## **DESARROLLO**

En la tabla No 1 se distribuyen los adolescentes según relación con de estos con personas que fuman , el mayor por ciento se refiere a los profesores ( 50.0 % y 55.7 % ) , seguido de otros con un 38 .5 % y el 35.7 % antes y después de la intervención.

Esto coincide con datos de la OMS del año 2002 donde el 30 % de los maestros fumaban y se orienta promocionar la formación de una conciencia pública sobre el consumo de cigarrillos educando a padres, maestros y médicos(8,9).

Al analizar la distribución de los adolescentes según experiencia actual con el cigarro (tabla No 2) observamos que el 60.0 % antes y el 85.8 % después de la intervención expresó no fumar en ese momento.

El consumo de cigarrillos por los adolescentes después de aplicado el sistema de influencias disminuyó del 25.8 % al 7.1 %.

Estos resultados no coinciden con estudios realizados en México, donde existía una prevalencia de tabaquismo en los adolescentes del 46.9 % y en EUA del 35.4 %. Los niveles de consumos reportados entre los adolescentes de los países de América Latina varían hasta el 40.7 % (5,6,10).

La distribución de los adolescentes según influencias sobre el resto de los coetáneos para evitar que fumen se aprecia en la tabla No 3. El mayor por ciento no ha influido sobre los coetáneos para evitar que fumen (85.8% antes y el 67.1% después). Posterior a la intervención hubo un discreto incremento de los que influyeron (del 14.2% al 32.9%).

En la literatura revisada se plantea que dadas las características de esta etapa de la vida el adolescente no trata de influir sobre las prácticas de sus coetáneos ya que entre sus motivaciones fundamentales predomina mantener un status en el grupo (11).

En la tabla No 4 se distribuyen los adolescentes según opinión sobre el tabaquismo. Antes de la intervención los mayores por cientos opinaron que puede provocar cáncer (55.7%), puede ser muy dañino (48.5%), afecta la economía individual con un 41.4% y la persona que fuman se ve más adulta para el 40.0%. Después de la intervención refirieron aspectos que expresan nocividad del hábito de fumar (puede generar mal aliento, puede provocar manchas en los dedos y dientes, puede producir faringitis, enfermedades respiratorias, cáncer y afecta la economía individual con un 100 % respectivamente).

Disminuyeron después de la intervención los planteamientos “la persona que fuma se ve más adulta”, “me hace más atractivo para el sexo opuesto” y “puede calmar los nervios”.

Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas por la OPS donde se plantea la necesidad del trabajo preventivo con los adolescentes con el objetivo de ampliar sus conocimientos sobre los daños del tabaquismo ya que éstos se inician tempranamente en esta práctica viéndola como símbolo de adultez y como un recurso para ser más atractivo para el sexo opuesto (12,13,14).

Al analizar el nivel de asertividad (tabla No 5) antes de la intervención el 48.5% de los adolescentes refirió “la aceptas porque le da pena decir que no”. Después de aplicado el sistema de influencias expresaron “la rechazar explicándole el por qué no puedes acompañarlo” y “tratando de no herir los sentimientos de tu amigo le dices por qué no puedes hacer lo que te pide” con un 85.7% y el 87.1% respectivamente.

Consideramos como un aspecto positivo que los adolescentes, después de haber sido aplicado el programa educativo, refirieron ser capaces de rechazar la actividad si no la deseaban hacer.

## **CONCLUSIONES**

1. Según relación de los adolescentes con personas que fuman, el primer lugar antes y después de aplicado el sistema de influencia los ocuparon los profesores.

2. La mayoría de los adolescentes no ha tenido experiencia con el cigarro, observándose disminución en los que fumaban después de la intervención.
3. El mayor número de los adolescentes no influyen sobre sus coetáneos para evitar que fumen.
4. Después de la intervención se evidencia un mayor conocimiento sobre los daños del tabaco, elevándose todos a porcentos muy altos.
5. Después de aplicado el sistema de influencia se evidencia un desarrollo del nivel de asertividad del adolescente.

### ABSTRACT

An educative study before-after with adolescents amon, 11 and 15 years belonging to the dispensary 21 of Noth Teaching Polyclinic in Morón during the period between December 2001 to January 2004 with the aim of promoting responsable behaviour that favor not beginning the smoking habit. To achieve this an influence system was were which was evaluated befor and after it was done. As to the results obtained we found that smokers that sorround the adolescent profesors are the ones who do it, most of the adolescents stated they did not smoke at the moment of the investigation was carreid out the higher porcentage of adolescents stated they do not influence on their cactaneous to prevent them from smoking. It was observed in the adolescents a marked, higher knowledge about the noxiusness of smoking habit. It was appreciated a increase in the capacity of being assertive.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Moreno, M. Area de ayuda al fumador. Consultorio. 29. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en MGI. Ciego de Avila: Pol. Com. Florencia; 2001.
2. Trujillo Gras O. ¿El tabaquismo, una epidemia silenciosa?. La Habana: MINSAP; 2001.
3. Organización Panamericana de la Salud. Tabaco o salud: Situación de las Américas. Un informe de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 1992.
4. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto interagencial tabaco o salud en Latinoamérica. Bol Inform Alianzas, Estratégicas y Legislación en América Latina para el control del tabaquismo. Washington: OPS;1997.
5. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: Una antología. Washington:OPS; 1996.
6. Acevedo A; Machado AP, Barros H. Consumo de tabaco entre los estudiantes de secundarias portuguesas. Bol WHO 1999; 77(6): 509-514.
7. Adolescentes. Trabajadores 29-1-01.p .15.
8. Alonso CR. Reflexiones en torno al cigarro y el tabaco. Trabajadores 3-6-02.p.15.
9. Alonso CR. Fumar es un placer mortal. Trabajadores 2003, 20 de enero. p. 5.
10. Newcomb MD, Bentler PM. Consequences of adolescents drug use: Impact on the life of young adults. Newbury Park: Sage Publication; 2000.
11. Martínez Gómez C. Salud familiar. La Habana: Editorial Cient. Tec; 2001.
12. Bedenia A. Sufren con su placer. Juventud Rebelde 2001, 31 de Mayo 26 de junio.p.5.
13. Cabrera M. No pagar pasivos por fumadores. Trabajadores 2003.
14. Alonso CR. ¿Podemos evitar la transmisión del tabaquismo? Trabajadores 2003, 26 de Mayo. p.7.

TABLA 1 DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN RELACION CON PERSONAS QUE FUMAN ANTES Y DESPUÉS.

Personas que fuman	ANTES	DESPUES
--------------------	-------	---------

	No.	%	No.	%
Padre	24	34.2	24	34.2
Madre	13	18.5	12	17.1
Hermanos(as)	5	7.1	7	10.0
Amigos	24	34.2	24	34.2
Profesores	35	50.0	39	55.7
Otros miembros de la familia	9	12.8	7	10.0
Otros	27	38.5	25	35.7

TABLA 2 DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EXPERIENCIA ACTUAL CON EL CIGARRO.

Fuman actualmente	Antes		Después	
	No	%	No	%
Si	18	25.8	5	7.1
No	42	60.0	60	85.8
Prefiero no contestar	10	14.2	5	7.1
Total	70	100.0	70	100.0

TABLA 3 DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN INFLUENCIAS SOBRE EL RESTO DE LOS COETÁNEOS PARA EVITAR QUE FUMEN, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

Adolescentes que han influido sobre sus coetáneos para evitar que fumen	Antes		Después	
	No	%	No	%
<b>SI</b>	10	14.2	23	32.9
<b>NO</b>	60	85.8	47	67.1
<b>TOTAL</b>	70	100	70	100

TABLA 4 DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN OPINIÓN SOBRE EL TABAQUISMO, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

Opinión sobre el tabaquismo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Mejora mi imagen	12	17.1	0	0
Puede ser muy dañino	34	48.5	68	97.1
Puede provocar falta de aire	11	15.7	61	7.1
La persona que fuma se ve mas adulta	28	40.0	2	2.8
Puede provocar calambres en las extremidades	6	8.5	57	81.4
Me hace más atractivo para el sexo opuesto	16	22.8	3	4.2
Puede provocar dolores de cabeza	4	5.7	57	1.4
Puede generar mal aliento	13	18.5	70	100
Mis amigos me admiran	7	10.0	0	0
Puede provocar manchas en los dientes y dedos	23	32.8	70	100
Puede calmar los nervios	17	24.2	0	0
Sirve de entrada para otras drogas	15	21.4	69	8.5
Puede producir : Enfermedades respiratorias	12	17.1	70	100.0
Asma	5	7.1	60	85.7
Cáncer	39	55.7	70	100
Enfermedades del corazón	5	7.1	69	98.5
Faringitis frecuentes	5	7.1	70	100
Afecta la economía individual	29	41.4	70	100

TABLA 5 DISTRIBUCION DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL DE ASERTIVIDAD ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN.

La rechazas explicándole el por qué no puedes acompañarlo	16	22.8	60	85.7
Evitas dar una respuesta	5	7.1	3	4.2
Vas porque a los amigos no se le puede decir que no	19	27.1	5	7.1
Lo haces para agradar a tu amigo	19	27.1	7	10
Tratando de no herir los sentimientos de tu amigo le dices por qué no puedes hacer lo que te pide	18	25.7	61	87.1