



Policlínico Docente: “Antonio Sánchez”. Aguada de Pasajeros

**Intervención educativa sobre hábito tabáquico en adolescentes
en el preuniversitario de Antonio Sánchez. Aguada. 2023**

Autora: Dra Oilenys Morales Morales *

Tutora: Isis Bermúdez Díaz **

* Residente de Tercer año de la especialidad MGI.

** Especialista de Primer Grado en MGI.

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

“Año 64 de la Revolución”

“La verdadera medicina no es la que cura, sino la que previene”.

José Martí.

Dedicatoria

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

A mis padres, mi esposo, mi familia por brindarme su amor, paciencia, confianza, porque supieron transmitirme de la forma más sutil su sencillez, humildad y principios.

Agradecimientos

Quisiera agradecerles a todas aquellas personas que de una forma u otra hicieron posible la realización de esta investigación.

RESUMEN

Introducción: El consumo de tabaco y la exposición a su humo se mantienen como la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. **Objetivo:** Se aplicó una intervención educativa sobre hábito tabáquico en adolescentes en el preuniversitario de Antonio Sánchez, Aguada. 2023. **Método:** Se realizó un estudio de intervención educativa en el preuniversitario Ramón López Suarez, ubicado en el área de salud Antonio Sánchez en el período de 2021-2023. El universo estuvo constituido por 64 estudiantes de 15 a 17 años; la muestra quedó constituida por 36 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los métodos empíricos utilizados fueron análisis de documentos, encuesta y la intervención educativa. Las variables utilizadas fueron edad, sexo, nivel de conocimientos relacionados con los aspectos generales del tabaquismo, los factores de riesgo del tabaquismo, las enfermedades provocadas por el tabaquismo y cómo prevenir la adicción. **Resultados:** Existió un predominio del sexo masculino y del grupo entre los 15 y 16 años, se comprobó los conocimientos de los estudiantes antes y después de la intervención educativa, se elevó el conocimiento acerca de los aspectos generales del tabaquismo en un 86,1%, relacionados con los factores de riesgos el 88,9% elevó sus conocimientos, sobre las enfermedades provocadas por el tabaquismo el 80,6% adquirió conocimientos adecuados y el 83,3% elevó su conocimiento acerca de cómo prevenir la adicción al tabaquismo. **Conclusión:** Se elevó el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre las temáticas relacionadas con el hábito tabáquico al ser evaluados después de aplicada la intervención educativa.

Palabras claves: Adolescentes, hábito de fumar, intervención.

Índice

Resumen

Introducción.....1

Objetivos.....9

Marco teórico.....10

Diseño metodológico.....17

Análisis y discusión de los resultados.....25

Conclusiones.....35

Recomendaciones.....36

Referencias bibliográficas.....42

Anexos

INTRODUCCIÓN

En el mundo de hoy las drogodependencias constituyen un gran problema para la humanidad del que no escapa prácticamente ningún país y que afecta a millones de personas sin distinción de sexo, edad, cultura o latitud.

La definición de políticas de salud pública adecuadas en los países permite “responder a la necesidad de proteger la salud de sus comunidades”, determinada en gran parte por acciones ajenas al sector salud, por lo que resulta fundamental “el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas principalmente por sectores distintos del sanitario”. Un ejemplo es la epidemia de tabaquismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el consumo de tabaco como la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura.¹

El consumo de drogas tóxicas, ya sean de las consideradas “legales” como son el consumo de tabaco y la ingestión de bebidas alcohólicas y las “ilegales” (cannabis, marihuana, cocaína, crack, hachís, campana, Psicofármacos, entre otras), se considera un problema de salud pública, con implicaciones sociales y personales que prácticamente afecta a todos los grupos de edades, donde el comienzo de estos hábitos muchos estudios lo relacionan a la etapa adolescente.²

Desde hace siglos el tabaco ha sido consumido por la humanidad, bajo distintas formas. Los cigarrillos se han convertido en la forma predominante de consumo y son muy pocas las poblaciones del mundo que no están sometidas a la poderosa industria transnacional del tabaco.

El tabaco es conocido por la civilización occidental desde finales del siglo XV, cuando observaron su uso por los aborígenes del Caribe, durante el descubrimiento de América. Rápidamente se extendió por Europa y otras partes del mundo, aunque su cultivo, procesamiento y comercialización siguieron un proceso de desarrollo relativamente lento.³

La popularidad del tabaco en Europa se debe a distintas causas. Primero se empleó como producto medicinal: para la sordera, verter una gota de tabaco en el conducto auditivo externo, contra los eritemas y eczemas, fricciones fuertes y diarias con hojas fuertes de tabaco; en procesos bronquiales con tos tomar

jarabes obtenidos por cocción de hojas secas; en casos de ceguera total, aplicaciones sobre los ojos de apósitos con hojas verdes de tabaco⁴

Después, se convirtió en un hábito que recreaba y daba una sensación extraña parecida a la embriaguez, produciéndose una monopolización en Inglaterra por la clase alta (que recibía incluso charlas donde se daban instrucciones para su uso), ocasionando un enfrentamiento con los clérigos, moralistas y todos aquellos que pensaban que era sólo una medicina y no debería usarse para el placer.³

Se cree que la planta de tabaco, la "Nicotiana Tabacum", es originaria de la zona del altiplano andino y que llegó al Caribe unos 2.000 o 3.000 años antes de Cristo. Cuando Colón llegó a América, la planta ya se había extendido por todo el continente y casi todas las tribus y naciones de América habían tenido contacto con el tabaco y tenían con él una relación más o menos intensa.⁴

Lo utilizaban en sus ceremonias mágicas y religiosas (los chamanes lo usaban para entrar en trance y ponerse en contacto con el mundo de los espíritus), en medicina (hacían cataplasmas para curar afecciones de la piel) e incluso había tribus que lo consumían como alimento.

El uso del tabaco se puso de moda entre las clases acomodadas debido a que durante esos primeros tiempos se le atribuyeron infinidad de propiedades curativas, casi milagrosas. Pero no era consumido en forma de cigarro, sino en polvo, una de las formas sencillas en que lo consumían los indios.

Es a partir del siglo XIX cuando realmente despegla la primera industria tabaquera, la de Cuba. Surgen multitud de "chinchales" (pequeños talleres de torcido de cigarros) y durante la segunda mitad del siglo empiezan a consolidarse las grandes marcas clásicas, marcas que han llegado con todo su prestigio hasta nuestros días.⁴

El tabaco es la segunda droga más consumida a nivel mundial luego del alcohol, a pesar de ser legal existen múltiples evidencias que relacionan al tabaquismo con más de 25 enfermedades tales como: el cáncer de pulmón, cáncer de laringe, enfisema pulmonar, infarto cardíaco, problemas en la fertilidad, menopausia prematura, entre otras. Pero sus efectos no sólo se presentan en el fumador, sino también en los denominados fumadores pasivos, que aspiran el humo de

"segunda mano" y ponen en riesgo su salud.⁵

El tabaco es como un veneno, siempre peligroso y cualquier cantidad es dañina. El tabaquismo es causa de sufrimientos y pérdidas inmensurables. Los fumadores tienen una tasa de mortalidad global del 70% mayor que los no fumadores. La mitad de las personas que fuman cigarrillos mueren por esa causa. Existe una clara relación entre el tabaco y el aumento de la mortalidad mediada por la edad de comienzo, tipo de humo, número de cigarrillos, años de consumo, y exposición profesional de la inhalación e intensidad.⁶

Existen en el mundo más de mil 250 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por género el 47% de los hombres y un 11% de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5 827 billones de cigarrillos al año.

Entre los motivos que pueden llevar al adolescente al consumo está el hecho de que las drogas se convierten en un camino fácil y rápido para sentirse bien, un modo de ganar aceptación en el grupo, satisfacer la curiosidad sobre sus efectos, expresar independencia y hostilidad y, en ocasiones, solo para uso recreativo.⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que al iniciarse el siglo XXI el tabaquismo mantiene dimensiones epidémicas, 20% de la población mundial y 29% de la población de 15 años y más fuma. Un nuevo informe de la OMS, presenta el primer análisis exhaustivo del consumo mundial de tabaco y las actividades de control, con datos de 179 Estados Miembros, en el que llega a la conclusión de que sólo el 5% de la población mundial está protegida mediante una legislación nacional completa sobre el humo de tabaco, y en los hospitales y escuelas de 40% de los países, continúa permitido el fumar.⁴

Estudios probabilísticos basados en las pautas de consumo actuales, señalan que para el año 2025 el tabaco será la causa de más de diez millones de muertes en el mundo.⁶

Entre los motivos por los cuales las personas continúan fumando, el 44% señala que le calma los nervios, el 13% expresa que continúan fumando porque tienen el hábito (vicio), un 6% hace mención a que fumar los estimula y un 31% lo hacen

por placer cuando asisten a actividades recreativas en horario nocturno, mientras que un 6% fuman por entretenimiento manifestando pasar gran parte del día sintiendo intensos estados de aburrimiento.⁹

El hábito de fumar, se define como un trastorno causado por una sustancia llamada nicotina; capaz de producir dependencia. Esta práctica es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo, responsable de 5 000 000 muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el 2030, de no mediar acciones para contrarrestar esta situación. Se observa un claro desplazamiento de la epidemia hacia los países de menor desarrollo y hacia aquellos países que tienen regulaciones débiles para los productos del tabaco.¹⁰

El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial que cobra cada vez más vidas. Las investigaciones realizadas refieren que las personas que comienzan a fumar durante la adolescencia (como ocurre en más del 70 por ciento de los casos) y siguen haciéndolo durante 20 años o más, vivirán entre 20 y 25 años menos que quienes nunca se iniciaron en este hábito.

En la población adolescente se considera alto el consumo de tabaco y la edad de comienzo cada vez es más baja. Este dato es importante si se tiene en cuenta que la edad de inicio en la adquisición de hábitos tóxicos es fundamental para las futuras conductas de consumo, así mismo, se establece una relación inversa entre la edad de inicio, la frecuencia de consumo de tabaco, problemas que se asocian como el consumo de otro tipo de sustancias tóxicas, con sus problemas consecuentes. El aumento de la producción del tabaco y su comercialización lleva a contemplar diversas problemáticas, que por la orientación del marketing afectan a la población más joven, como son los adolescentes escolarizados, quienes cada día, se encuentran ante una mayor exposición al tabaquismo como factor de riesgo.¹¹

Dado que prácticamente el 100% del tabaquismo se inicia en la niñez y adolescencia, este grupo etario se convierte en la población objetivo de la industria que gasta billones de dólares al año en el marketing para sus productos, transmitiendo mensajes que hacen atractivo y común el uso del tabaco entre los jóvenes. Dado que la nicotina hace que el humo sea áspero y difícil de fumar, otra

estrategia utilizada ha sido el uso de aditivos químicos que mejoran el sabor y ofrecen suavidad.

Uno de ellos es el mentol, que refresca y adormece la garganta para reducir su irritación y hacer que el humo se sienta más suave. Aparte del uso de aditivos, aumenta el poder adictivo de los cigarrillos mediante el incremento de los niveles de nicotina⁹ otros factores muy importantes para iniciar el consumo de tabaco son: la influencia de los padres, el mal rendimiento escolar y el menor nivel de recursos económicos.¹²

Antecedentes

Las investigaciones en el mundo normalmente han demostrado que el uso del tabaco comienza en la adolescencia, situación que provoca un aumento de problemas de salud futuros, además se han detectado problemas en niños y adolescentes que fuman con trastornos de conductas (agresivas y tímidas) interpretadas además como conductas de riesgo sobre todo el consumo ulterior de otras sustancias.

Los países con las prevalencias más elevadas en cuanto a varones fumadores son: China, 67%; Corea, 65%; Rusia, 63%; Japón, 53%; antigua Yugoslavia, 52% y México, 51%. En casi todos los países las mujeres son menos fumadoras por ejemplo, en los países asiáticos la prevalencia es muy baja (4% en China y Corea) e incluso menos en los países árabes. Sin embargo, llega casi al 33% en Argentina y Noruega.¹³

En los países componentes de Mercosur se observó que en Argentina, Chile y Uruguay lideran el consumo las mujeres. En Chile la edad de inicio está comprendida entre los 13 y 15 años, y es el país con mayor porcentaje de fumadores, seguido de Estados Unidos. En Perú la edad media para el uso de tabaco es de 17 años en la población general y 16 años en los varones: 1 de cada 10 individuos se inicia antes de los 12 años, mientras que 4 de cada 10, entre los 12 y 16 años.¹³

Cada día son más los recursos que se destinan para la campaña contra el tabaquismo, que toma auge entre varios grupos de edades. En Cuba se han establecido regulaciones, como la Ley 130-2000 y la 275-2003 del MINSAP y la

277-2001 del MINCIN, para contribuir de forma decisiva a la erradicación de ese dañino hábito.¹⁴⁻¹⁵

Se estima que en Latinoamérica y el Caribe la epidemia de tabaquismo sería responsable de 600 000 muertes anuales. Las previsiones de la organización mundial para la salud (OMS) sugieren que el tabaquismo seguirá aumentando y se triplicarían las muertes en los próximos años.

Especialmente en Cuba, la prevalencia del hábito de fumar ha sido considerada alta desde que se dispone información al respecto. Este hábito no solo es causa común de múltiples enfermedades cerebrovasculares, digestivas, respiratorias, entre otras; sino que constituye además uno de los factores de riesgo que se asocia más frecuentemente con el inicio y desarrollo de las periodontopatías inflamatorias.¹⁶

La última información disponible sobre la población fumadora en Cuba reportó que el 23,7 % de la población de 15 años y más fumaba; de ellos el 16 % eran mujeres y el 31 % hombres; el 74,8 % se inició antes de los 20 años de edad; aproximadamente de cada 10, uno antes de los 12 años y cuatro entre 12 y 16 años. Referente a la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar, el 41 % de la población estudiada declaró vivir en hogares en los que se fuma.¹⁷

En el 2018, el consumo per cápita de cigarrillos en la población cubana de 15 años y más, era de 1536 cigarrillos, lo que equivale a 76,8 cajetillas de 20 cigarrillos. O sea, cada cubano en esas edades fumó 4,2 cigarrillos diarios, algo inferior al año anterior, lo que pudiera constituir el inicio de un cambio en la tendencia creciente.

¹⁸ Tomando como referente la prevalencia de fumadores disponible, cada fumador consumió en el año el equivalente a una cajetilla diaria.¹⁷

De acuerdo con la información de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Cienfuegos, el 23 % de los mayores de 15 años tenía una prevalencia de fumadores muy similar a la nacional. Sin embargo, según el estudio del Proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente las Enfermedades No Transmisibles), en 2010-2011 en la capital, el 25 % de la población encuestada fumaba; cifra superior al estimado nacional de ese periodo.

Un estudio realizado en el área de salud VIII del Consejo Popular Caonao, municipio Cienfuegos en el curso escolar 2016-2017, a adolescentes de los consultorios del médico y enfermera de la familia (CMF) 1, 2, 3 y 6, encontró que el 30 % eran fumadores, el 60 % hombres y el 40 % mujeres. La edad de comienzo era a partir de los 13 años como fumadores leves. El 100 % conocía los daños que ocasiona el tabaquismo, pero todos deseaban continuar fumando, con muy pobre percepción del riesgo. La alta prevalencia e incidencia de fumadores en el territorio, puede conllevar a que continúe o aumente el tabaquismo. ¹⁹

▪ **Fundamentación del problema**

Los adolescentes de Cuba, tienen conocimientos básicos sobre las consecuencias del hábito de fumar, pero el desarrollo a largo plazo de las mayores complicaciones les hace restar importancia a este hecho. Entre los 15 y 18 años de edad fuman o han probado un cigarrillo más del 15% de los jóvenes, pero se supone que la mayoría no lo hace de forma constante sino casualmente, sobre todo en centros nocturnos y de recreación. Los adolescentes se inician al tabaquismo para imitar y/o ser aceptados por su entorno social (familiares y amistades), teniendo sobre este aspecto un peso importante la vida escolar donde pasan la mayor parte del tiempo y donde se considera acertado pensar que es poco común ver a maestros, compañeros u otro personal del centro fumar sin mayores contrariedades.

Incorporar un nuevo conocimiento a los adolescentes sobre el hábito tabáquico constituye un desafío que implica aprendizaje, ciencia y movilización de la actitud de los participantes en la investigación desde la base del conocimiento; para así favorecer la transformación.

Los diversos estudios sobre la adicción al tabaquismo en adolescentes en el ámbito local y el aumento de los pacientes fumadores, sobre todo en edades tempranas de la vida nos motivan a realizar el presente estudio encaminado a dar solución al siguiente problema científico:

¿Cómo modificar el nivel de conocimiento sobre hábito tabáquico en adolescentes en el preuniversitario de Antonio Sánchez a través de una intervención educativa?

OBJETIVOS

General

Elevar el nivel de conocimiento sobre el habito tabáquico en los adolescentes del preuniversitario de Antonio Sánchez.

Específicos

1. Descripción sociodemografica de los estudiantes.
2. Conocer el nivel de conocimientos antes de la intervencion.
3. Implementar el programa de intervencion educativa.
4. Evaluar conocimientos adquiridos durante la intervencion.

MARCO TEÓRICO

El tabaco, planta oriunda de Sudamérica, es conocido desde la antigüedad. Los aborígenes cubanos lo mezclaban con otras sustancias distorsionantes para “acercarse a las deidades” durante las ceremonias religiosas, mediante viajes alucinógenos.

El tabaquismo surge claramente asociado al desarrollo y a la industrialización. Es la causa de tres millones de muertes al año, con una tendencia creciente. Se estima que, si los hábitos de consumo no varían, en el año 2020 la mortalidad atribuible al tabaco superará los ocho millones de muertes anuales. Según la OMS, en la actualidad, existen mil cien millones de fumadores en el mundo, lo que supone un tercio de la población mundial mayor de 15 años.²⁰

El tabaquismo se considera una enfermedad adictiva crónica, producida por el consumo sistemático y abusivo del tabaco,²⁰⁻²² catalogada como tal por el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.²⁰

El tabaco es una de las drogas legales más consumida en el mundo. Los cigarros son la forma más común de uso de este, representando un 90 % del total. También puede ser consumido de otras formas: con pipas, puros, o mascándolo. Sin embargo, no importa cuál sea la forma de consumo; el principio activo que refuerza su uso continuado es el mismo: la nicotina.²³

La nicotina constituye el principal agente reforzador del humo del tabaco, aunque se conocen aproximadamente otros 4000 componentes más. Esta actúa principalmente sobre el receptor neuronal de acetilcolina (RnAc), que son canales iónicos compuestos por cinco subunidades. Estas subunidades están expresadas por una combinación homo ($\alpha 7$ - $\alpha 10$) o heteropentamérica ($\alpha 2$ -6, $\beta 2$ -4), cada cual con expresión y propiedades farmacológicas distintas.²⁴

Los receptores de acetilcolina que contienen las subunidades $\beta 2$, $\beta 3$, $\alpha 3$, $\alpha 4$, $\alpha 5$ y $\alpha 6$ están localizadas en las proyecciones dopaminérgicas del área tegmental ventral (ATV) al núcleo *accumbens*) una vía neuronal que es crítica para las propiedades reforzadoras de la nicotina.²³

Las subunidades $\alpha 4$, $\alpha 6$ y $\beta 2$ también son expresadas por las neuronas gabaérgicas del mesencéfalo, y las subunidades $\alpha 7$ están localizadas en las

entradas glutamatérgicas del ATV. La presencia de subunidades funcionales $\beta 2$ son esenciales para liberación de dopamina inducida por nicotina.

Las subunidades $\alpha 4$ están principalmente asociadas a las subunidades $\beta 2$; son los RnAc $\alpha 4\beta 2$ los subtipos de receptores que más predominan en el sistema nervioso central, que están involucrados en los efectos reforzadores de la nicotina.

23

Su mecanismo de acción es similar al de las drogas de su grupo, a través del incremento de la actividad dopaminérgica, serotoninérgica y de la norepinefrina en el cerebro, específicamente, a nivel del sistema mesolímbico y del *locus* cerúleo, lo que provoca un gasto anticipado del neurotransmisor, es decir, se agotan las vesículas almacenadas en las terminales presinápticas, con la consiguiente necesidad de volver a consumir para experimentar, nuevamente, el efecto placentero que se busca: incremento de la vigilia; aumento en el estado de alerta, de la concentración, de la memoria y disminución del apetito.

Las complicaciones ocasionadas por el tabaquismo son multisistémicas, se presentan como factor predisponente en unos casos y, en otros, como factor directamente causal.²⁰

Conocidas son las repercusiones sobre el sistema cardiovascular, gastrointestinal, endocrinometabólico, respiratorio, genitourinario y nervioso, entre otros. Como algunos ejemplos se pueden citar:

1. Sistema cardiovascular:
 - a) Hipertensión arterial.
 - b) Aterosclerosis.
 - c) Cardiopatía isquémica.
 - d) Infarto del miocardio.
2. Sistema respiratorio:
 - a) Bronquiectasia.
 - b) Cáncer de pulmón.
 - c) ERA a repetición.
 - d) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

3. Sistema genitourinario:
 - a) Cáncer cervicouterino.
 - b) Abortos espontáneos.
 - c) Embarazos ectópicos.
 - d) Bajo peso al nacer.
 - e) Cáncer de próstata.
 - f) Disfunción sexual eréctil.
 - g) Eyaculación precoz.
4. Enfermedades oftalmológicas:
 - a) Degeneración de la mácula.
 - b) Cataratas.
 - c) Glaucoma.
5. Enfermedades mentales y sistema nervioso:
 - a) Cuadros afectivos de tipo depresivo ansiosos.
 - b) Accidente vascular encefálico.
 - c) Demencia multiinfarto.
 - d) Esclerosis múltiple.²⁰

El tratamiento de más probada eficiencia está en la línea de la prevención y la promoción de salud, labor en la cual el equipo de APS desempeña un papel crucial. Se debe tener presente que el médico es “modelo” para su población, es decir, sus patrones y estilos de vida están siendo observados, evaluados, y, no pocas veces, imitados por la población; por tanto, el trabajo ha de comenzar por su ejemplo.

Existe en el país un fuerte programa de promoción de salud dirigido a disminuir el consumo de tabaco y evitar que las personas se inicien en ello. Se ha de realizar en centros de trabajo, consultas, escuelas tanto para el alumnado, como con los profesores, salas de espera de los policlínicos, entre otros, una labor psicoeducativa, donde se ofrezca información y se promueva el debate sobre el tema.²⁰

La decisión de abandonar el hábito tabáquico obedece a los mismos factores que los necesarios para abandonar cualquier otra drogodependencia. Está relacionado, directamente, con el costo-beneficio y la motivación, los que son directamente proporcionales a la necesidad sentida del paciente de liberarse de los efectos indeseables que le ocasiona el consumo.

Lo anterior explica por qué una persona fumadora inveterada, con los labios y los dedos manchados por la nicotina, con un consumo de tres cajetillas diariamente, que “no concibe la vida sin el cigarrillo”, con múltiples intentos fallidos de abandonar el tóxico, aquejada de bronquiectasias, con insuficiencia respiratoria, tratada por neumología, con pésima evolución a causa de su hábito, abandona, de súbito, el consumo ante la aparición de disnea invalidante y un diagnóstico de tumoración pulmonar, sin experimentar tras ello síntomas de abstinencia.²⁰

Prochaska y colaboradores crearon una escala motivacional para el cambio, la cual ha sido utilizada con mucho éxito por los investigadores y terapeutas de adicción, ya que el tratamiento, en este caso, va encaminado, justamente, a promover un cambio en la conducta adictiva. Este procedimiento consta de varias etapas que se explican a continuación.

Fase precontemplativa. En esta etapa, el paciente no reconoce daño alguno por el consumo y disfruta plenamente de los “beneficios”, no está pensando en dejarlo, por lo menos, en los próximos 6 meses. La intervención del médico de APS estará, por tanto, encaminada a hacerle ver al paciente los daños que le ocasiona el consumo.

Fase contemplativa. En esta etapa, las personas están ambivalentes, predomina su criterio de que el hábito es perjudicial sobre los beneficios, pero piensan dejarlo, no ahora, sino que contemplan esta posibilidad en los próximos 6 meses. El médico de APS continuará su labor educativa ofreciendo información sobre la enfermedad y sus consecuencias; es productivo hacerle exámenes médicos que pongan en evidencia esas consecuencias.

Fase de acción. La persona logra abstinencia e intenta controlar los síntomas propios de esta fase. En esta etapa, la duración es variada, hasta 6 meses; en ella, el médico orientará las diferentes técnicas para mantenerse en la abstinencia

y, de igual modo, se le refuerzan los logros obtenidos con la detención del consumo, en el orden económico, familiar, social y espiritual.²⁰

En algunos casos pueden emplearse ansiolíticos o antidepresivos –el bupropión se ha usado con buenos resultados como tratamiento sintomático por no más de 3 meses, para evitar la dependencia secundaria a estos. También el rimonabant, que es un antagonista de los receptores cannabinoides CB 1 endógenos, lo que bloquea la sensación placentera que se experimenta con el fumar.

La supresión se puede realizar radicalmente o mediante retirada gradual, lo que se valora en relación con el interés, grado de dependencia y preferencia del paciente. Para la retirada gradual se pueden utilizar recursos como: contabilizar la cantidad de cigarrillos que consume diariamente, hora, motivo y situación en la que consume. Llevar este control en una hoja de papel que se adjunta a la cajetilla, y anotar estos datos antes de consumirlos. Se insiste en aprender a identificar las situaciones o factores desencadenantes que pueden inducirlo a encender cigarrillos, y trabajar al respecto. Esta contabilidad permite que el paciente se percate de la cantidad de cigarrillos que, habitualmente, consume en forma “automática” y establecer los que son prescindibles. Se le orienta ir eliminando estos de modo gradual, hasta quedarse con los que considera “imprescindibles”; luego, establecer un nuevo escalafón e irlos eliminando en la misma forma, hasta hacerlo totalmente.

Existe un grupo de pacientes que prefiere la interrupción brusca, lo que trae aparejado, en algunos casos, gran cantidad de síntomas de abstinencia como, por ejemplo: ansiedad, inquietud, insomnio, agresividad, irritabilidad, avidez por el azúcar. La nicotina bloquea al páncreas en su liberación de insulina; al suspender de manera brusca esta inhibición, se produce una hiperinsulinemia, con el consiguiente incremento en el peso y requerimientos de glúcidos.

Para evitar estos cuadros suelen usarse microdosis de nicotina, en forma de parches u otros preparados sustitutivos al efecto, lo que mitiga, notablemente, los síntomas provocados por la dependencia física. También se sugiere ingerir abundantes líquidos, masticar chicles, practicar técnicas de relajación, yoga, ejercicios físicos y comunicarles a las personas cercanas que pronto dejará de

fumar.²⁰

Fase de mantenimiento. La duración de esta etapa es variable. Esta termina cuando el paciente ha incorporado los cambios necesarios en su estilo de vida y establecido un nuevo equilibrio libre del consumo; momento en que se establece la curación.

Como en el resto de los casos, todo ello debe ir aparejado de tratamiento psicoterapéutico, preferiblemente grupal.²⁰

Por su morbilidad y su gran consumo de recursos, supone un problema sanitario de primera magnitud. La política de control del consumo del tabaco, con medidas de restricción de su publicidad, el aumento de los precios y de los impuestos, la regulación de los espacios en los que está prohibido fumar, la mayor información sanitaria sobre la repercusión del tabaquismo, junto con las ayudas a los fumadores para abandonar el tabaco, son decisiones a tomar muy importantes para conseguir reducir el número de fumadores.²⁵

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación de la investigación:

x	Investigación Desarrollo
	Innovación

Aspectos generales del estudio:

Diseño general:

Tipo de estudio: intervención educativa.

Contexto temporal y geográfico: Preuniversitario Ramón López Suárez, estudiantes de 10mo a 12mo grados.

Período de Estudio: abril 2021/ enero 2023.

Definición del universo de estudio:

Universo: 64 estudiantes de 15 a 17 años de los grados de 10mo a 12mo grados.

Muestra: 36 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- ✓ Estudiantes fumadores entre 15 y 17 años de edad.

Criterios de exclusión:

- ✓ Los estudiantes no fumadores.

Criterios de salida:

- ✓ Solicitud voluntaria de abandonar el estudio después de haber aceptado participar en el mismo.
- ✓ Estudiantes que cambien de lugar de escuela durante el estudio.
- ✓ Inasistencia a la intervención en un 5%.

Métodos

Del nivel teórico:

Analítico – sintético: El análisis se utilizó a través de toda la revisión bibliográfica, la cual abarco trabajos contenidos en libros de texto, consultas y tesis que favorecieron la fundamentación teórica del problema. La síntesis ligada directamente al análisis, estuvo presente en todo el proceso de la investigación lo que facilitó la precisión de los aspectos significativos de cada momento y su

expresión lógica en el informe final.

Inductivo – deductivo: Se utilizó en aquellos aspectos que permitieron a partir de conceptos generales, formular conceptos específicos, con los cuales se estructuró el informe final de la investigación.

Histórico – lógico: Se empleó a partir del análisis de documentos, artículos, tesis y bibliografías, de forma general en la sistematización de los antecedentes del problema de la investigación.

Del nivel empírico:

Análisis documental: se profundizó el estudio y análisis de los documentos mediante los registros estadísticos, historia clínica individual, fichas familiares, caracterización pedagógica de los estudiantes.

Encuesta: Se aplicó para la obtención de datos necesarios en el estudio y permitió conocer el número y el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre el hábito tabáquico.

Métodos Matemático – Estadístico:

Se realizó el análisis mediante estadística descriptiva en número absoluto y porcentaje de los resultados obtenidos y su representación en tablas y gráficos.

Técnicas y procedimientos

Las actividades fueron dirigidas por la autora de la investigación, acompañado por la enfermera perteneciente al Consultorio de Médico de Familia donde se entrevistó a los adolescentes objeto de estudio.

La investigación se realizó en tres etapas: etapa diagnóstica, de intervención y evaluación.

Primera etapa o etapa diagnóstica: se les explicó a los participantes las características del estudio. A los que dieron su consentimiento informado para participar se les aplicó la encuesta inicial a través de la cual se obtuvieron los datos generales de cada participante y el nivel conocimientos, encuesta tomada de la tesis titulada: Intervención educativa sobre el tabaquismo en adolescentes del consultorio 29 perteneciente al Policlínico Máximo Gómez Báez. 2017-2018, Autor: Dr. Pablo Eduardo Mulet Grave de Peralta.

Segunda etapa o intervención educativa: una vez analizados los resultados se procedió a trazar la estrategia educativa tomada de la tesis titulada: Intervención educativa sobre el tabaquismo en adolescentes del consultorio 29 perteneciente al Policlínico Máximo Gómez Báez. 2017-2018, Autor: Dr. Pablo Eduardo Mulet Grave de Peralta, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo en los adolescentes. La población fue distribuida en tres subgrupos, la intervención se realizó una vez en la semana, en el horario de la tarde, en un aula del centro escolar preparada para la actividad, donde se ofrecieron seis talleres sobre los diferentes temas de interés.

Intervención educativa (Anexo 8)

☐ Tema I: Presentación del programa.

F. O. E: charla.

Tiempo: 1hora.

☐ Tema II: Aspectos generales del tabaquismo.

F.O.E: conferencia.

Tiempo: 1hora.

☐ Tema III: Factores de riesgo del tabaquismo.

F.O.E: Dinámica de Grupo

Tiempo: 1hora.

☐ Tema IV: Enfermedades provocadas por el tabaquismo.

F.O.E: Conferencia.

Tiempo: 1hora.

☐ Tema V: Cómo prevenir la adicción.

F.O.E: debate.

Tiempo: 1hora.

☐ Tema VI: Conclusiones.

F.O.E: taller.

Tiempo: 1hora.

Instrumentación

Tiempo de duración: 6 semanas para cada grupo.

(1 actividad semanal de una hora, para cada grupo creado).

Modalidad: Curso.

Matrícula: Una conferencia por cada grupo de año.

Sede: IPU Ramón López Suárez.

FOE: Conferencias, prácticas, talleres.

Sistema de Métodos de Enseñanza: explicativo ilustrativo, elaboración conjunta, heurístico o de búsqueda parcial, problémicos.

Procedimientos: diálogo, debate, preguntas y respuestas, explicación, ilustración.

El programa del curso básico propuesto tiene el contenido para lograr los conocimientos básicos sobre el riesgo de fumar para la salud como desencadenante de enfermedades crónicas no transmisibles.

Estrategia Docente

Los estudiantes recibieron clases con frecuencia de una vez por semana con una duración de una hora.

En las conferencias se utilizó el método expositivo ilustrativo y al finalizar cada actividad se utilizó el debate grupal para que emitieran sus criterios y se presentó situaciones problemáticas para que participaran con el profesor.

Metodología a seguir en los encuentros

Introducción:

- ☐ Rememoración del contenido impartido.
- ☐ Aclaración de dudas.
- ☐ Preguntas de comprobación sobre el tema anterior.

Desarrollo:

- ☐ Motivación del nuevo contenido mediante anécdotas, importancia del tema, entre otras.
- ☐ Impartir el contenido utilizando los métodos activos del aprendizaje, los procedimientos y los medios de enseñanza descritos.
- ☐ Propiciar el debate grupal.

Conclusiones:

- ☐ Resumir el contenido impartido.
- ☐ Aclarar dudas

- ☐ Comprobar cómo ha sido asimilado el tema
- ☐ Dar la calificación obtenida por el grupo y de forma individual.

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

Operacionalización de las variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		DESCRIPCIÓN	ESCALA	
Edad	Cuantitativa continua	Según último año cumplido por el número de carnet de identidad.	1. 15 años 2. 16 años 3. 17 años	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Según género biológico.	Masculino Femenino	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Nivel de conocimientos acerca aspectos generales del tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si marca correctamente el inciso b	Adecuado	Frecuencia absoluta y porcentaje.
		Cuando marca cualquier otro inciso que no sea el b	Inadecuado	
Nivel de conocimientos acerca	Cualitativa nominal Dicotómica	Si marca solo los incisos a, b, d, e, h.	Adecuado	Frecuencia absoluta y porcentaje.

factores de riesgo del tabaquismo.		Cuando no marca los incisos a, b, d, e, h.	Inadecuado	
Nivel de conocimientos acerca de las enfermedades provocadas por el tabaquismo	Cualitativa Nominal dicotómica	Si marca solo los incisos a,b,d,g,	Adecuado	Frecuencia absoluta y porcentaje.
		Cuando no marca los incisos a,b,d,g,h	Inadecuado	
Nivel de conocimientos acerca de cómo prevenir la adicción	Cualitativa nominal dicotómica	Si marca solo los incisos a,b,d,e,f	Adecuado	Frecuencia absoluta y porcentaje.
		Cuando no marca los incisos a,b,d,e,f	Inadecuado	

Procesamiento de la información.

Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010. Una vez recogidos los datos se procesaron en una computadora personal. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos con análisis porcentual y estadístico.

Consideraciones Éticas

Para la realización de esta investigación se obtuvo el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), el Dictamen del Comité de Ética

(Anexo 2), la Declaración Jurada del Tutor (Anexo 3), Aval del Consejo Científico (Anexo 4) y Aval del centro escolar (Anexo 5). Las relacionadas con los pacientes objeto de estudio, se le solicitó previamente su consentimiento informado (Anexo 6), las cuales fueron informadas de los objetivos, procedimientos y posibles resultados y el beneficio que esto traería para ellos en particular y para el resto de la comunidad en general. Se les dio a conocer el carácter voluntario de su participación en el estudio, así como el hecho de no aceptar, no repercutiría negativamente en su interrelación médico paciente. Además, se utilizó el cuestionario de conocimiento (Anexo 7). Toda la información obtenida, fue manejada con estricta confidencialidad sin violar los aspectos éticos de las pacientes relacionadas con la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía-integridad. Limitaciones: el estudio tuvo carácter local y no se correlacionarán las variables con respecto a la enfermedad estudiada.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los adolescentes según edad y sexo, preuniversitario de Antonio Sánchez, municipio Aguada de pasajeros en el periodo abril 2021 a enero 2023.

Edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
15-16	7	19,4	13	36,1	20	55,6
17-18	5	13,9	11	30,5	16	44,4
Total	12	33,3	24	66,6	36	100

Fuente: Historia clínica individual

Al determinar la distribución de adolescentes según edad y sexo (tabla 1), se comprobó una mayor prevalencia del sexo masculino con 24 para un 66,6% y el grupo de edad de 15-16 con 20 adolescentes representando el 55,6%.

Similares resultados a los de nuestro estudio muestran Villarroel e Iglesias, reportan que los grupos de edades que predominaron fueron los de 14 a 16 con 176 (36,8 %) y los de 18 a 20 con 74 (36,3 %). El sexo que predominó fue el masculino con 259 (54,0 %).¹²

En un estudio publicado en el 2013, refieren edades fluctuando entre 12 y 18 años. En el perfil socio demográfico para este estudio se encontró una mayor proporción del género masculino.²⁶

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

otras variables que afectan a las mujeres de manera diferente, tales como factores sociales o aspectos sensoriales al fumar; en estudios revisados encontramos que el hábito en las mujeres ha aumentado considerablemente, al igual que la tendencia mundial.²⁷

Se evidencia que la adolescencia es un período que se caracteriza por la rebeldía contra las autoridades y las normas impuestas en el hogar y la sociedad, por el deseo de exploración de nuevos horizontes, y por sentimientos de vulnerabilidad que se pueden atribuir a la falta de experiencia del adolescente. Entre los jóvenes, el uso del tabaco está relacionado con la búsqueda de independencia, rebeldía y aceptación social.

En efecto, este estudio confirma la necesidad de continuar con los esfuerzos realizados en el desarrollo de estrategias preventivas que permitan una mejor comprensión e interiorización por parte de los jóvenes de las consecuencias del tabaco y una erradicación de los mitos asociados con los efectos positivos que tendría el mismo, con el fin de continuar la disminución en la susceptibilidad de estos adolescentes. Paralelamente, deben implementarse estrategias de cesación efectivas para aquellos jóvenes consumidores y, especialmente, para quienes cuentan con una condición de dependencia, terreno de muy escaso desarrollo en Cuba. Merece atención especial la exploración y análisis de los indicadores según el sexo, dado el mayor nivel de susceptibilidad encontrado en el grupo femenino. No obstante, debido al incremento en el consumo de cigarrillos en las féminas, la autora considera que sin dejar pasar por alto el rol social del médico de familia se debe seguir fomentando la prevención de enfermedades para ayudar a mejorar la calidad de vida y realizar cambios posibles en el modo y estilo de vida de los adolescentes.

Tabla 2. Nivel de conocimientos sobre aspectos generales del tabaquismo en los adolescentes del preuniversitario de Antonio Sánchez, municipio Aguada de pasajeros en el periodo abril 2021 a enero 2023.

Conocimiento	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuado	7	19,4	31	86,1
Inadecuado	29	80,6	5	13,9
Total	36	100	36	100

Fuente: Historia clínica individual

Al determinar el nivel de conocimiento sobre aspectos generales del tabaquismo (tabla 2) se comprobó que antes de la intervención los adolescentes no poseían conocimientos (80,6%) solo 7 adolescentes contestaron adecuadamente todas las preguntas lo que representa 19,4 %, después de la intervención se elevó el nivel de conocimiento de los adolescentes a un 86,1%.

En una intervención educativa realizada por Pérez-Milena y colaboradores exponen que hay un gran desconocimiento de los adolescentes sobre el tabaquismo, esto posibilita que los estudiantes de 13 a 15 años, tengan más predisposición a iniciarse en el consumo de tabaco, refieren que los programas educativos son la vía fundamental para la reducción del tabaquismo en etapas tempranas de la vida.²⁸

Arenas-Monreal y colaboradores refieren que en su estudio después de la intervención el conocimiento en cuanto al tabaquismo fueron excelentes, los adolescentes contestaron correctamente elevando su nivel de conocimiento.²⁹

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

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del tabaquismo en los adolescentes del preuniversitario de Antonio Sánchez, municipio Aguada de pasajeros en el periodo abril 2021 a enero 2023.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuado	6	16,7	32	88,9
Inadecuado	30	83,3	4	11.1
Total	36	100	36	100

Fuente: Historia clínica individual

Al determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del tabaquismo (tabla 3) se comprobó que antes de la intervención los adolescentes no poseían conocimientos (83,3%) solo 6 adolescentes contestaron adecuadamente todas las preguntas lo que representa 16,7%, después de la intervención se elevó el nivel de conocimiento de los adolescentes a un 88,9%.

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

comportamientos.³⁰

González Hidalgo y colaboradores evaluaron el conocimiento de los adolescentes, referido a los factores de riesgo del tabaquismo, como también se identificó que no existen espacios con carácter instructivo y educativo desde los docentes en el escenario escolar y que a estos les falta preparación con respecto al tema, por lo que se propuso una serie de estrategias educativas para desarrollar estilos de vida saludables en los adolescentes y sobre todo ampliar los conocimientos acerca del tema sobre todo en esta etapa.³¹

En un estudio prospectivo de intervención-control en 14 comunidades rurales de Minnessota se estudia la influencia de normas sociales sobre el tabaquismo en adolescentes de edad 14 años sobre 3128 chicas y 3146 chicos de 8º a 10º se encontró una correlación de tener amigos que fumasen seguido de la madre y del padre.³²

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

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre enfermedades provocadas por el tabaquismo en los adolescentes del preuniversitario de Antonio Sánchez, municipio Aguada de pasajeros en el periodo abril 2021 a enero 2023.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuado	3	8,3	29	80,6
Inadecuado	33	91,7	7	19,4
Total	36	100	36	100

Fuente: Encuesta

Al determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades provocadas por el tabaquismo (tabla 4) se comprobó que antes de la intervención solo 8,3% poseían conocimientos adecuados sobre el tema, después de la intervención 29 de los adolescentes adquirieron conocimientos adecuados lo que representa un 80,6%.

En un estudio realizado por Atitlán Gil refiere que en el intento por controlar el tabaquismo entre estudiantes hay que aumentar el nivel de información sobre los daños que ocasiona el tabaco para la salud, plantea que esto podría hacerse implantando acciones para disminuir el acceso al tabaco de la población menor de edad y de los jóvenes, mediante la instrumentación de programas educativos y de información para que los jóvenes conozcan mejor los efectos del tabaquismo.³³

Torrent Quetgla evalúa el efecto de una plática-debate sobre las actitudes hacia el consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio superior. La intervención trata, entre otros temas, los efectos del tabaco sobre el sistema nervioso y otros órganos, y los daños causados al organismo, encontraron que la actitud de las adolescentes, pero no la de los varones, se modificó

como consecuencia de cambios en las creencias. Si bien estos programas pueden producir modificaciones en el conocimiento y las actitudes hacia el tabaco, no necesariamente ocurren los cambios que se esperan en la conducta de fumar.³⁴

Rosa Morales y colaboradores de acuerdo a los hallazgos del estudio, los escolares de educación básica, tienen conocimientos suficientes, sobre las complicaciones y daños a la salud relacionados con el consumo de tabaco; con tendencia positiva, más del 90% considera que el humo de tabaco causa daño, y más de la mitad que causa enfermedades, lo cual constituye un campo de trabajo fértil, donde se pueden sembrar factores educativos, reforzando dichos conceptos, para hacer frente al grave problema social que constituye el tabaquismo.³⁵

Al evaluar el impacto de la intervención como modelo para disminuir el uso del tabaco en alumnos de nuevo ingreso al nivel educativo superior se considera como exitoso, pues el total de los participantes se evaluó en la escala de buenos conocimientos en cuanto al daño que provoca el cigarro para la salud.³⁶

Al revisar la literatura varios autores plantean que la exposición al humo de tabaco ajeno (HTA) genera daños en la salud de todas las personas, y puede desencadenar enfermedades cardiovasculares y cáncer en los adultos y otras enfermedades en los bebés y niños entre los cuales se destacan la muerte súbita del lactante, asma e infecciones respiratorias.^{27, 32}

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

localizaciones, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, como bronquitis y enfisema.

Tabla 5. Nivel de conocimientos sobre cómo prevenir la adicción en los adolescentes del preuniversitario de Antonio Sánchez, municipio Aguada de pasajeros en el periodo abril 2021 a enero 2023.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuado	9	25,0	30	83,3
Inadecuado	27	75,0	6	16,7
Total	36	100	36	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 5 se muestra el nivel de conocimiento sobre cómo prevenir la adicción, antes de la intervención solo el 25 ,0% de los adolescentes conocían las medidas que se debían tomar para prevenir la dicha adicción, después de la intervención 30 de los adolescentes alcanzaron un nivel de conocimientos adecuados acerca del tema, lo que representa un 83,3%.

Rosa Morales refiere que una de las estrategias para combatir el tabaquismo es promover educación para la salud al grupo de edad más vulnerable, el grupo en etapa escolar, antes de la adolescencia, en quienes se hace necesaria la labor preventiva para retrasar el inicio de la adicción al consumo de tabaco.³⁵

Gavilla González y colaboradores refieren en su investigación que la intervención educativa resultó un impacto al mejorar los conocimientos sobre el tabaquismo y disminuir de manera significativa la prevalencia del hábito de fumar entre los adolescentes estudiados a un 14,3%.³⁷

Calleja y colaboradores en la implementación de un programa en el ámbito educativo refieren que antes de la intervención los escolares no tenían conocimiento en cuanto a las medidas de prevención del tabaquismo, mejorando un 100% después de la intervención, refieren que estos estudios tienen la ventaja de llegar no sólo a los niños, sino también a sus familias. Además, hacen posible el seguimiento de cohortes enteras durante una buena parte de la adolescencia y facilitan el monitoreo y también la implementación y la evaluación de los programas preventivos dirigidos a estos grupos de edad.³⁸

La efectividad de los estudios de intervención está determinada, fundamentalmente, por la modificación de conocimientos (ya sea adquiriéndolos, sustituyendo los erróneos o enriqueciendo los existentes) o de la conducta en todos o la mayoría de los casos que se estudian, tomando en cuenta el tiempo en que ello se produce, además de incentivar a la prevención.²⁸

En un estudio de Intervención educativo en los fumadores se demostró su eficacia en la modificación de desconocimientos como una herramienta más a disposición del personal sanitario para disminuir la adicción al tabaco y permitió recomendar extender las experiencias a los grupos más vulnerables, con el objetivo de prevenir el tabaquismo a edades tempranas de la vida.³⁹

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

CONCLUSIONES

Con la realización de la intervención educativa se logró modificar y elevar el nivel de conocimientos de los estudiantes preuniversitarios sobre temas relacionados con el tabaquismo, aunque se considera altamente recomendable la implementación en las escuelas de espacios de promoción de la salud y prevención primaria enfocados en los grupos de riesgo detectados y en posibles grupos a detectar, con el objetivo de evitar el inicio del consumo de tabaco sobre todo en edades tempranas de la adolescencia y, al mismo tiempo, fomentar y valorar los ambientes libres de humo, por ello se recomienda comenzar con estas actividades de promoción y prevención primaria en los últimos años de la escuela primaria y continuar, de manera articulada, en la escuela secundaria, así como también continuar con la enseñanza y el aprendizaje de las competencias científicas que este tipo de trabajos promueve en las clases de ciencias.

Recomendaciones

Generalizar el uso de este proyecto de intervención en nuestra área de salud y otras áreas con el objetivo de elevar los conocimientos sobre el hábito de fumar en edades tempranas de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abascal W, Lorenzo A. Impacto de la política de control de tabaco en población adolescente en Uruguay. Salud Publica Mex [Internet]. 2017 [citado 2023 Feb 13];59(supl 1):S40-S44. Disponible en: <http://doi.org/10.21149/8051>
2. Pons Azahares Y. Tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes de 10 a 19 años. [tesis]. Aguada de Pasajeros: Universidad de las Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2019.
3. Plá García A, Elizalde Gálvez MG, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño JC, Nieves Sardiñas BN. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev. Méd. Electrón. [Internet]. 2016 [citado 2022 Oct 20];38(3):460-469. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242016000300017&lng=es.
4. Rodríguez Hermosa JL, Nerín de la Puerta I, Calle Rubio M. Neumología clínica;2015. p.608-15.
5. Hernández Gómez L, Álvarez López I, Díaz Aguilar M, Acosta Padilla AL. Conocimientos sobre hábito de fumar en adolescentes. 1 Forum Científico Virtual Cienciamayabeque2021. Disponible en: <http://www.cienciamayabeque2021.sld.cu/index.php/Fcvcm/Cienciamayabeque2021/paper/viewPaper/219>
6. González Menéndez AM, Espinosa Quintana Y, Figueredo González I. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaquismo. Revista Granmense de Desarrollo Local [Internet]. 2018 [citado 2022 Oct 22];2(4):[Aprox. 7 p.] Disponible en: <http://www.redel@udg.co.cu>
7. Pérez Martínez D, Saborit Corría E, Jiménez Sánchez L. Intervención educativa para incrementar la severidad percibida del tabaquismo en pacientes fumadores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 2022 Oct 22];23(1):41-56. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3615>
8. Bouza Vera M, Vera Ramírez D, Rodríguez Motta C, Gou Godoy MA, Ibáñez Piedra SL, Barrios Rodríguez T. Hábito de fumar y salud bucal en adolescentes. Politécnico Israel Moliné Rendón, Limonar, 2015. Rev Méd

- Electrón [Internet]. 2017 [citado 2022 Oct 22];39(6):1248-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000600006&lng=es
9. Frómeta Rodríguez O, Ponce Laguardia TM, Battes Sarría RA. Características del hábito de fumar en los adolescentes del Instituto Preuniversitario: Frank País, del municipio de Lajas. Rev Pedag Unive de Cienfuegos (Conrado) [Internet]. 2019 [citado 2022 Oct 22];15(66):180-4. Disponible en: <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>
 10. Canessa P, Nykiel C. "Las conductas de riesgo", Manual para la educación en salud integral del adolescente. OPS. 2016. p.119-132.
 11. Shang C, Huang J. Global Evidence on the Association between POS Advertising Bans and Youth Smoking Participation [Internet]. The National Center for Biotechnology Information. [Internet]. 2016 [citado 2022 Oct 25]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4808969/>.
 12. Villarroel S, Iglesias V. Fortaleciendo el control del tabaquismo en adolescentes: revisión de programas de prevención a nivel escolar. Rev Chil Salud Pública 2012; 16 (2): 172- 180.
 13. Denis Roque AC. Aplicación del programa educativo: "Tú eliges" a adolescentes fumadores del CMF #2. Área VI. Cienfuegos 2015. [Tesis]. Cienfuegos: Universidad de las Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2016.
 14. Lorenzo Vázquez E, Garrido Amable O, Fabelo Roche JR, González Herrera N, Vargas Izquierdo J, Revilla Vidal OL. Alcance del marco jurídico que sustenta el control del tabaquismo en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2020 [citado 2022 Oct 27];46(2):1-21. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e1398/es/>
 15. Sánchez GE, Fernández HF. La relación entre la política tributaria y el control del tabaquismo en Cuba. Correo Científico Médico. [Internet]. 2018 [citado 2022 Oct 27];22(2):238-249. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83464>

16. Tan Castañeda N. Consumo de tabaco y enfermedad periodontal. Investigaciones Médico quirúrgicas [Internet]. 2020 [citado 2022 Oct 20]; 11(3). Disponible en: <http://revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/524>
17. Suarez Lugo N, Caro Hernández BM. Institutional costs in primary health care for smokers, Cienfuegos province, 2018. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 2022 Oct 27];47(1):e2051. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662021000100011&lng=es.
18. Suárez LN. Consumo, precio y segmentación del mercado de cigarrillos. Cuba. 2017. Rev Cub Sal Públ. [Internet]. 2018 [citado 2022 Oct 27];44(4):e1356. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=08643466&lng=es&nrm=iso
19. Caro Hernández BM. Comportamiento del tabaquismo en el Consejo Popular Caonao. Año 2017 [libro electrónico]. Barcelona: Editorial Médica JIMS, SL; 2018. [citado 2022 Oct 27]. p.6-16. Disponible en: <http://jimsmedica.com/wp-content/uploads/2018/12/18.-COMPORTAMIENTO-DEL-TABAQUISMO-EN-EL-CONSEJO-POPULAR-CAONAO.-A%C3%91O-2017.pdf>
20. Oliva Agüero C. Alcoholismo y otras adicciones en la atención primaria de salud. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p.1817-32.
21. Renda Valera L, Cruz Borjas Y, Parejo Maden D, Cuenca Garcell K. Nivel de conocimientos sobre el tabaquismo y su relación con la cavidad bucal. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2020 [citado 2022 Oct 27];49(1):e280. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572020000100005&lng=es
22. Macías Castro I, Hernández Cañero A, Tejeiro Fernández A. El hábito de fumar y la salud. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2020 [citado 2022 Oct 27];24(6):645-59. Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2188>
23. Sosa González I, Ávila Cabreja J, González Menéndez R, Fernández Massip H, Conesa Pérez R. Panorama actual del trastorno por consumo de tabaco.

- Medisur [Internet]. 2019 [citado 2022 Oct 27];17(3):[Aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4021>
24. Kushnir V, Sproule BA, Cunningham JA. Impact of large-scale distribution and subsequent use of free nicotine patches on primary care physician interaction. BMC Public Health. [Internet]. 2018 [citado 2022 Nov 12];18(1):1-9. Disponible en: <http://www.bmcpublishhealth.biomedcentral.com>
25. Rodríguez Hermosa JL, Calle Rubio M. tabaco y tabaquismo. En: Álvarez-Sala Walther JL, Casan Clará P, Rodríguez de Castro F, Rodríguez Hermosa JL, Villena Garrido V. Neumología clínica. Barcelona: Elsevier; 2010.p.593-99
26. Valenzuela Mujica MT, Ibarra AM, Zubarew T, Loreto Correa M. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. IndexEnferm. [Internet]. 2013 [Citado 8 ene 2017]; 22 (1 -2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
27. Jones S, Magee C. The role of family, friends and peers in Australian adolescent's alcohol consumption. Drug Alcohol Rev. 2014; 33(3):304-13.
28. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Redondo-Olmedilla M, Álvarez Nieto C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(1): 51–57.
29. Arenas-Monreal L, Bonilla-Fernández P, Abril-Valdez E, Hernández Pérez H, Cuevas-Bahena S, Jasso-Victoria R. Intervención educativa con escolares para prevenir el tabaquismo. NeumolCirTorax. 2010; 69 (4): 195-199.
30. Castillo Morera MR, Sánchez Bermudas N, Rubio Roja R. Prevención del tabaquismo en adolescentes. Revista Conrado [Internet]. 2015 [Citado 8 ene 2017]; 11 (49): 21 -24. Disponible en: <http://conrado.ucf.edu.cu/>
31. González Hidalgo JA, Díaz Piedra JA, Alfonso Díaz K, Avalos González MM. Hábito de fumar en la adolescencia. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; 28(3): 282-289

32. Hodder RK, Freund M, Bowman J, Wolfenden L, Campbell E, Wye P, et al. A cluster randomised trial of a school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and illicit drug use in secondary school students: study protocol. *BMC Public Health*. 2012; 12: 1009.
33. Atitlán Gil S. Implementación de un modelo de intervención para la prevención del tabaquismo en alumnos de una institución de educación superior privada. [Tesis] Estado De Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado De Hidalgo; 2014.
34. Torrent Quetglas M. El instituto, la familia y el tabaquismo en adolescentes. *Revista de sociodrogalcohol* 2013; 25 (3): 253-259.
35. Rosa Morales V, Vásquez Medina EE, Mauricio García JF, Alcaraz Ortega V. Análisis del conocimiento sobre Tabaquismo, en niños escolares de Educación Básica. *Pediátrica*. 2013; 5(2): 35-46.
36. Faílde Garrido J, Dapía Conde M D, Alonso Álvarez A., Pazos Millán E. Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores. *Educación*. 2015; 18(2): 167-188.
37. Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. *Cárdenas* 2007. *Rev méd electrón [Internet]* 2009 [Citado 8 ene 2017];
38. Calleja N. Estrategias efectivas en la prevención del tabaquismo. *RevMedHosp Gen Mex* 2010; 73 (2): 129-139.
39. Abreu G. Diseño de Proyecto Educativo para prevenir el Tabaquismo en adolescentes. [Tesis]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa; 2012.

ANEXOS

Anexo 1.

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El _____ que suscribe:

_____, hago constar

que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de institución
ejecutora en el proyecto de investigación titulado:

_____, de los autores:

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas
del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como
propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Director de la Entidad Ejecutora

Anexo 2.

Nombre de la Institución:

de los autores

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S □ N □ NP □

2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐

3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐

4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐

5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐

6. El procedimiento para el consentimiento informado. S □ N □ NP □

7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S □ N □ NP □

8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐
NP ☐

9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐

10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 202__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

Anexo 3.

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo: _____,

con categoría docente _____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así como el asesoramiento científico metodológico al autor.

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

Anexo 4.

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha

decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las

necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional_____.

Proyecto TTR_____

Proyecto TTM_____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma_____

Cuño

Anexo 5.

Modelo de consentimiento informado a las autoridades escolares.

Al Consejo de Dirección de IPU Ramón López Suárez.

Solicitamos por este medio, su consentimiento, de estar de acuerdo, para la aplicación de esta encuesta anónima a los adolescentes cursantes del 10mo grado, 11no y 12mo en vuestro centro educacional. Dicho cuestionario recoge importantes datos sobre el comportamiento del hábito de fumar en los jóvenes, es confidencial, y contribuirá con sus resultados a trazar una estrategia de salud en beneficio de la población una vez concluida esta investigación. La información recogida y los resultados del estudio, solo se usarán con los fines científicos para los que han sido concebidos.

Gracias por su amable colaboración.

Conforme: Sí_____ No _____

Nombre y apellidos de la persona que autoriza, previa comunicación al menor:

Firma: _____

Cargo en el Consejo de Dirección de la Escuela.

Director _____ Vicedirector _____ Jefe de Año _____

Anexo 6.

Consentimiento Informado.

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

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

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

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

Fecha _____ Lugar _____

Firma del tutor _____ Firma del
adolescente _____

Firma del investigador _____

Anexo 7.

Encuesta.

Estimado(a) joven:

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

Datos generales:

Edad: _____ Sexo _____

1. El tabaquismo es:

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

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

- a) -----Una adicción.
- b) -----Una enfermedad.
- c) -----Un mal hábito.
- d) -----Una necesidad.
- e) -----Una cuestión de moda o lujo.

3. Cuáles usted considera son los factores de riesgo para el inicio del consumo del tabaco. Marque con una X.

- a) ____ Familiares fumadoras.
- b) ____ Influencia de amigos.

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

4. De las enfermedades que se relacionan a continuacion, cuáles cree usted que están en relación con el tabaquismo. Marque con una X.

- a) _____ Cáncer de pulmón.
- b) _____ Bronquitis crónica.
- c) _____ Hipertensión arterial.
- d) _____ Cáncer bucal.
- e) _____ Cardiopatía isquémica.
- f) _____ Muerte.
- g) _____ Enfisema pulmonar.
- h) _____ Enfermedades cerebro vasculares.

5. Cuáles de las siguientes medidas cree correctas para prevenir el Tabaquismo:

- a) ____ Prohibición de fumar en lugares públicos o cerrados.
- b) ____ Concientización de los daños que produce el tabaquismo.
- c) ____ Dejar que los adolescentes tomen decisión por ellos mismos.
- d) ____ Las medidas de prevención deben comenzar en casa.
- e) ____ Aumentar el conocimiento de los daños nocivos del tabaquismo en la población.
- f) ____ No vender cigarrillos a menores de edad.
- g) ____ Incrementar las labores educativas en los adolescentes para prevenir el tabaquismo.

Anexo 8.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Título: Intervención educativa sobre tabaquismo en adolescentes del preuniversitario de Antonio Sánchez, municipio Aguada de pasajeros en el periodo abril 2021 a enero 2023.

Total de horas: 6 horas.

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

PLAN TEMÁTICO

Sesiones Temas Tiempo

- 1 Presentar el programa de intervención educativa. 1 hora
- 2 Aspectos generales del tabaquismo. 1 hora
- 3 Factores de riesgos tabaquismo. 1 hora
- 4 Enfermedades provocadas por el tabaquismo. 1 hora
- 5 Cómo prevenir la adicción. 2 horas
- 6 Conclusiones. 1 hora

Sesión 1

Tema. Presentación del programa

Objetivos:

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

Técnica Participativa: conferencia.

Técnica Educativa: evaluación inicial del tema.

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

Posteriormente decidimos aplicar el cuestionario, que nos permitirá valorar de

forma individual y por escrito la magnitud del problema. Se motiva a los adolescentes participar en la próxima actividad.

Responsable: autor

Duración: 1 hora

Sesión 2

Tema. Aspectos generales del tabaquismo.

Objetivos:

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

Técnica Participativa: lluvia de ideas.

Técnica Educativa: taller interactivo

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

Responsable: autor

Duración: 1 hora

Sesión 3

Tema. Factores de riesgo del tabaquismo.

Objetivos:

1. Explicar cuáles son los factores de riesgos del tabaquismo.

Técnica Participativa: debate.

Técnica Educativa: conferencia demostrativa.

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

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

Responsable: autor.

Duración: 1 hora

Sesión 4

Tema. Enfermedades provocadas por el tabaquismo.

Objetivos:

1. Definir las enfermedades provocadas por el tabaquismo.

Técnica Participativa: lluvia de ideas.

Técnica Educativa: taller interactivo.

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

Responsable: autor

Duración: 1 hora

Sesión 5

Tema. Cómo prevenir la adicción.

Objetivos:

1. Explicar cuáles son las medidas de prevención.

Técnica Participativa: debate

Técnica Educativa: conferencia demostrativa

Desarrollo: se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Procedemos entonces a explicarles y demostrar los aspectos relacionados con la temática. En un segundo momento los jóvenes realizan un debate sobre el tema. Se motiva a los adolescentes a participar en la próxima

actividad.

Responsable: autor

Duración: 2 horas.

Sesión 6

Tema: Conclusiones.

Objetivos:

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

Técnica Participativa: lluvia de ideas

Técnica Educativa: evaluación final del tema

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

Responsable: autor

Duración: 1 hora.