

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
SANTA CLARA, VILLA CLARA

LA PREVENCIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR EN LA INFANCIA.

Por:

Dra. Bárbara Toledo Pimentel¹, Dra. María del Carmen Machado Rodríguez², Dra. Isel Lemus Corredera¹, Dra. Belkis Torres Machado³, Dr. Ramón Torres Cárdenas⁴ y Dra. Odisa García Reguera¹

1. Especialista de I Grado en Periodoncia.
2. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología.
4. Especialista de I Grado en Medicina Interna.

Resumen

Se realizó un estudio preexperimental del tipo antes-después para determinar conocimientos sobre tabaquismo en un grupo de niños de segundo grado de la escuela primaria "Alberto Pis Delgado" de la ciudad de Santa Clara, mediante un programa de intervención educativa para la prevención de dicho hábito, durante el período de octubre de 2001 a febrero de 2002. El grupo estuvo compuesto por 20 escolares de siete años de edad, con predominio del sexo masculino. La mayoría presentó antecedentes familiares de tabaquismo, el cual se practicaba en su presencia; habían oído hablar del tema antes de la intervención por la maestra y la televisión, mostraron interés por conocer más sobre el hábito y aceptaron las actividades realizadas. Finalizada la intervención se modificaron positivamente sus criterios sobre los efectos nocivos del tabaquismo, se reconocieron como fumadores pasivos, y los que habían planteado su interés por fumar en la adultez, lo rechazaron posteriormente.

Descriptor DeCS:

TABAQUISMO/prevención & control
PROMOCION DE LA SALUD

Subject headings:

SMOKING/prevention & control
HEALTH PROMOTION

Introducción

Las justificaciones epidemiológicas para iniciar las actividades de promoción de salud dirigidas a niños, son poderosas. La primera razón es que los trastornos de salud se inician precozmente; la segunda, que los principales factores de riesgo y los patrones de comportamiento relacionados con estos trastornos se establecen en la infancia y en la juventud^{1,2}. La infancia es una etapa fundamental en la formación de hábitos, habilidades y conductas, en el proceso de educación y desarrollo de la personalidad. En estas edades las personas están en su máximo rendimiento sanitario y físico; también es la edad en la cual el estado de salud del futuro adulto puede ser influenciado por la conducta. Numerosos autores han especificado los principales factores de riesgo de la conducta en la infancia y adolescencia, e indican las posibilidades de intervención por el personal de salud^{3,4}.

El uso del tabaco está muy extendido en la sociedad actual; en el mundo desarrollado la tercera parte de los varones mayores de 14 años fuman cigarrillos, y en los países del tercer mundo, cerca de la mitad. Las enfermedades relacionadas con el tabaco causan más de un millón de muertes anuales; cada cigarrillo acorta la vida en cinco o seis minutos como promedio, y es responsable de un porcentaje elevado de cáncer pulmonar, bucal y de la enfermedad cardiovascular, entre otros, a nivel mundial. Cuba se sitúa entre los tres primeros países en el consumo per cápita de cigarrillos y tabacos⁵.

La mitad de los adultos que fuman se iniciaron en el hábito antes de los 15 años y el 90 % antes de los 18. En EE.UU. el 30 % de los chicos de 12-14 años ya han probado el cigarrillo. El cigarro es considerado la droga “portera”, porque al consumirse sirve de puerta de entrada al consumo de otros tóxicos, como el café, el alcohol y las drogas no institucionalizadas⁶.

El hábito de fumar está asociado con variedad de cambios perjudiciales en la boca, como el deterioro de la higiene bucal, alteraciones en la dieta, afección de glándulas salivales por vía sistémica, alteraciones del equilibrio microbiológico en el ecosistema bucal, entre otros. El efecto sobre el periodonto es directo, y se relaciona además con la leucoplasia y otras lesiones blancas, como palatitis del fumador. En el sistema circulatorio el tabaco provoca cambios en la coagulabilidad, vasospasmo coronario, y en la capacidad oxífora de la sangre, y arterosclerosis⁷⁻¹¹.

En Cuba, la campaña nacional antitabáquica, –dirigida actualmente como Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo por el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud–, data desde 1986, e inserta acciones educativas enfocadas a la no iniciación del hábito de fumar y a la cesación del mismo. Entre sus principales objetivos se encuentra priorizar la prevención del tabaquismo en niños, adolescentes y jóvenes, reforzar la educación curricular, capacitar y adiestrar a maestros y profesores, y elaborar materiales de apoyo al proceso docente educativo¹².

Lo anterior nos motivó a realizar la presente investigación entre niños de una escuela primaria, pues el mejor método de combatir este hábito es convencer a las personas a que no comiencen a fumar, ya que ningún cigarrillo es inocuo ni bueno para la salud¹³. Tenemos como propósitos identificar conocimientos previos del grupo respecto al hábito de fumar, diseñar y aplicar un programa de intervención educativa para la prevención del tabaquismo, y valorar los resultados del programa de intervención en las modificaciones del nivel de conocimientos sobre el tema.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo preexperimental de intervención educativa, del tipo antes-después, en un grupo de niños de la escuela primaria “Alberto Pis Delgado” perteneciente al municipio de Santa Clara, durante un período de seis meses. Dicho grupo estuvo conformado por los 20 niños del aula, todos con siete años de edad, a cuyos padres se les pidió consentimiento sobre la participación de los niños en esta investigación, previa explicación de la importancia y los objetivos de la misma. La maestra colaboró en la realización de las actividades.

Inicialmente se aplicó un cuestionario (Anexo 1), el cual fue validado previo criterio de expertos, con el objetivo de determinar las necesidades de aprendizaje y realizar un diagnóstico inicial de los conocimientos del grupo sobre el tema, antes de aplicar la intervención. Sobre la base de estas necesidades se diseñó el Programa de la Intervención Educativa, el cual fue desarrollado en un total de 15 sesiones, con frecuencia semanal de una hora de duración, y estuvo dirigido por la maestra y el equipo de médicos; las actividades se realizaron en horario vespertino y se utilizó el aula de los niños como local de trabajo. Se realizó la valoración de cada actividad mediante técnicas de evaluación al finalizar cada sesión y para la valoración final de las modificaciones producidas en los conocimientos de los niños sobre el tema; se aplicó un cuestionario final (Anexo 2), elaborado y validado al respecto. Como unidad de análisis se trabajó con el mismo sujeto como su control, y sus respuestas fueron analizadas antes de la intervención y después de la misma.

El método utilizado para el diseño y aplicación de la intervención estuvo constituido por un conjunto de técnicas que facilitan llevar a cabo acciones de intervención en un centro docente dirigido a un grupo de niños. El programa diseñado, previo criterio de expertos, se caracteriza por su carácter abierto, flexible, participativo, grupal, práctico y vivencial, y sus objetivos responden a los principios y valores de la educación popular, el desarrollo organizativo y la formación para la acción.

El procesamiento se realizó automáticamente en una microcomputadora Pentium IBM compatible al archivo de datos creado. Se determinaron mediciones descriptivas para variables cualitativas: Distribución de frecuencias absolutas (#) y relativas (%).

Resultados

Al realizar la caracterización inicial del grupo con que trabajamos, ésta estuvo compuesta por un total de 20 niños, de los cuales 12 pertenecían al sexo masculino (60 %) y 8 al femenino (40 %). En la figura 1 puede observarse que el 90 % de los niños presentaba antecedentes familiares de tabaquismo, específicamente en el padre como familiar más cercano; ambos sexos se mostraron afectados en similar proporción, y se halló que el total de los niños respondieron que se fumaba en presencia de ellos.

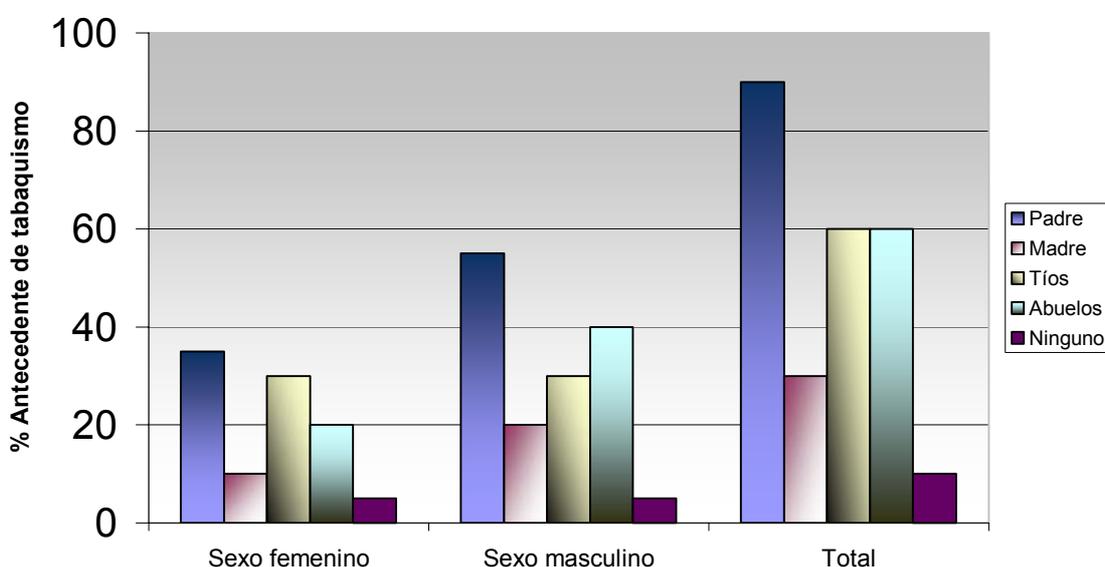


Fig 1 Antecedentes familiares del tabaquismo según sexo.

Al identificar las vías por las que los niños habían obtenido la información sobre el tema antes de la intervención (Fig 2), la mayor representada era la maestra, seguida de la televisión. En menor medida los familiares, individualmente; el médico y el estomatólogo de la familia no brindaron información sobre el tema a los niños.

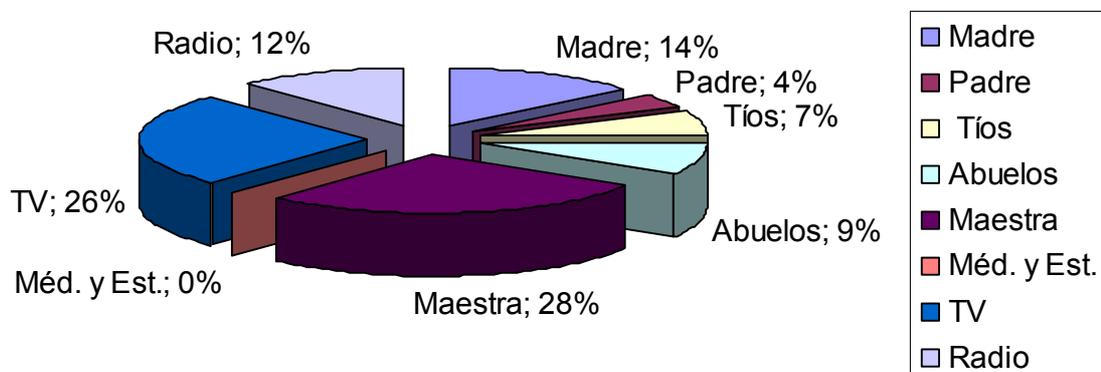


Fig 2 Vías de obtención de la información sobre el tabaquismo.

Una vez realizado el diagnóstico inicial de las necesidades de aprendizaje en cuanto al tema en el grupo estudiado, nos propusimos interrogar sobre su interés por conocer aspectos relacionados con el hábito de fumar y sus consecuencias; el 100 % (20 niños) respondieron que se sentían motivados para obtener mayores conocimientos sobre el tema. Es importante recordar que en esta etapa los niños están ávidos de conocimientos y les interesa aprender sobre varios temas a la vez; es una etapa muy importante en la formación de hábitos, actitudes y de la conducta del futuro adulto.

Una vez terminada la aplicación del Programa Educativo, encontramos que los 20 niños (100 %), respondieron que estaban satisfechos con las actividades, y al analizar por sesiones sus diferentes formas de evaluación (pregunta, dramatizaciones, debates y PNI), todos los resultados fueron muy positivos; asimismo, se pudo comprobar que su disposición a participar en cada una de las actividades fue excelente.

En la tabla se observó que los escolares reflejaron que las actividades más interesantes para ellos fueron la “Lluvia de ideas” y “Jurado 13” (técnica participativa), la confección de mensajes, exposiciones, dramatizaciones y dibujos (técnica de educación para la salud), y los medios educativos películas y cuentos (técnica de sensibilización). Estas técnicas fueron aceptadas por el 100 % de los niños, mientras que la técnica de observación de láminas resultó menos interesante para ocho niños (40 %), y las demostraciones para 4 (20 %). En general, las actividades más interesantes fueron las que tenían en cuenta la participación activa de cada uno de ellos; las menos interesantes resultaron aquellas que tenían una participación más pasiva.

Tabla Nivel de aceptación de las actividades por los niños después de la intervención.

Actividades	Más interesantes		Menos interesantes	
	No.	%	No.	%
Lluvia de ideas	20	100,0	0	0,0
Jurado 13	20	100,0	0	0,0
Demostraciones	16	80,0	4	20,0
Cuentos	20	100,0	0	0,0
Películas	18	90,0	2	10,0

Video educativo	20	100,0	0	0,0
Confección de mensajes	20	100,0	0	0,0
Exposiciones	20	100,0	0	0,0
Dramatizaciones	20	100,0	0	0,0
Dibujos	20	100,0	0	0,0
Técnica de observación de láminas	12	60,0	8	40,0

Fuente: Cuestionario

Al realizar la valoración del hábito de fumar antes de la intervención, los 20 niños (100 %) respondieron que fumar era perjudicial para la salud, pero al preguntarles el porqué, no supieron responder qué efectos tenía para la salud bucal, ni para el organismo en general. Después de la intervención, los 20 mantuvieron el criterio de que era perjudicial, pero ya en esta ocasión fueron capaces de responder los efectos nocivos de este hábito. Se recogieron diversas respuestas : “Los dientes se ponen sucios”, “da mal olor en la boca”, “es malo para la salud de la boca”, “se enferman los pulmones, da caries”, “da cáncer en la boca”, “sangran las encías”, “manchan los dientes”, entre otras. Es para nosotros de vital interés que ellos puedan interiorizar estos conocimientos, pues es bien sabido que el tabaquismo es un factor de riesgo de las enfermedades bucales, y podemos prevenirlo desde edades tempranas.

Antes de la intervención, ninguno de los 20 niños reconocían lo que era un fumador pasivo; era de esperar que si sus conocimientos sobre el tabaquismo eran vagos, este concepto que de por sí no es muy divulgado, era para ellos un tema muy novedoso. Después de la intervención, este concepto quedó claro, y muestra de ello fueron las respuestas, pues 13 niños (65 %) supieron responder quién es un fumador pasivo y a su vez se reconocieron ellos como fumadores pasivos dentro de su medio; quedaron 7 niños (35 %) que tuvieron dificultades a la hora de responder esta interrogante y que no supieron reconocerse como fumadores pasivos. Consideramos que el Programa obtuvo resultados positivos, pues la mayoría logró mejorar sus conocimientos al respecto.

Al indagar sobre el interés del tabaquismo en la adultez, antes de la intervención, encontramos que cuatro niños del sexo masculino (20 %) respondieron de forma afirmativa, lo que nos preocupa notablemente, ya que es muy alarmante que a la edad de siete años haya niños interesados en practicar dicho hábito, sin tener en cuenta sus consecuencias para la salud desde el punto de vista biológico, psicológico y social. A pesar de que la mayoría de los niños (16 para un 80 %, en igual proporción para ambos sexos) no mostraron interés por fumar en la adultez, nuestras acciones y actividades estuvieron encaminadas a eliminar dicha motivación; se particularizó en aquellos interesados en fumar, los cuales constituyen un alto potencial de riesgo para la iniciación del hábito, dado que presentan, además, antecedentes familiares de tabaquismo.

Después de terminada la intervención, se encontraron cambios positivos en los niños respecto a eliminar el deseo por fumar cuando sean adultos. Los cuatro niños (20 %) que habían planteado inicialmente estar interesados en practicar dicho hábito, modificaron su respuesta, y no sólo niegan querer practicarlo, sino que manifiestan rechazo ante los efectos nocivos del tabaco para su salud bucal. Con el desarrollo de las actividades se fomentó en los niños el conocimiento acerca de un medio social positivo, el rechazo a aquellas sustancias que puedan contaminarlo, como el humo del cigarrillo y otras, que deben resultar socialmente inaceptables.

Con el Programa Educativo y mediante un aprendizaje teórico-práctico, los niños se convierten en mensajeros de salud para el colectivo de estudiantes de su escuela, el hogar y la comunidad. Nuestro trabajo determinó que dentro del grupo existe un alto por ciento de niños que crecen en hogares donde hay fumadores, los cuales ejercen una influencia negativa sobre ellos. Antes de la intervención, tenían nociones sobre el tabaquismo mediante la maestra y la televisión, les interesaba ampliar sus conocimientos sobre el tema y lo consideraban perjudicial, pero sin conocer sus causas; no podían reconocer al fumador pasivo, y existían algunos motivados a fumar en la adultez. Después de la intervención, ampliaron sus conocimientos, se modificaron positivamente sus criterios y manifestaron su rechazo al hábito por sus efectos nocivos. Las técnicas educativas aplicadas resultaron un eficiente método para incorporar y fortalecer conocimientos sobre la prevención del tabaquismo en los escolares del grupo.

Discusión

Los resultados obtenidos en cuanto a la influencia familiar nos habla a favor de la necesidad del diseño y aplicación del Programa Educativo, ya que coincidimos con varios autores en que determinados comportamientos familiares influyen en la adquisición de cualidades, conductas y hábitos en los niños, tanto positivos como negativos. En el caso del tabaquismo, la iniciación de este hábito en niños y adolescentes es más alta en los senos familiares donde los padres y abuelos son fumadores, que en los hogares donde nadie fuma, pues lo primero refuerza su influencia negativa. El niño se inicia en el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas por la observación repetida de la conducta del adulto y por la curiosidad de experimentar los efectos físicos provocados por estas sustancias^{4,14,15}.

A la edad de siete años, el niño recibe mucha influencia del medio escolar; la maestra constituye un eslabón importante en su formación y es una fuente que lo actualiza constantemente y enriquece sus conocimientos respecto al medio que lo rodea. Asimismo, la televisión es uno de los medios masivos de difusión que más motiva al niño por la presencia de imágenes y sonidos; también resulta una fuente interminable de conocimientos³, sobre todo en los últimos años, con el auge del programa audiovisual^{2,13,16}.

Nos llama la atención que el personal de salud –que debía ser la vía por la cual recibieran mayor información, dada la importancia del trabajo preventivo con los niños–, no estuvo representado, lo que justifica la razón que nos llevó a realizar este trabajo, porque evidencia que las acciones educativas que se realizan son aisladas y no tienen en cuenta el marco de referencia de la audiencia neta.

Es importante tener presente que a los niños les gusta ser actores de su propia educación, se sienten satisfechos cuando se les pone una meta alta pero alcanzable, y ellos llegan hasta ella. Los niños suelen retener el 10 % de lo que leen, el 20% de lo que escuchan, el 30 % de lo que ven, el 50 % de lo que ven y escuchan, el 70 % de lo que discuten y el 90 % de lo que hacen¹⁶.

Los efectos nocivos del cigarro son independientes del número de cigarrillos consumidos y de la presencia o no de filtros; ningún cigarrillo es inocuo ni bueno para la salud. El tabaquismo se asocia directamente a la leucoplasia, al liquen plano, lesiones de la mucosa bucal y a las neoplasias del complejo bucal, entre otras afecciones^{17,18}.

El hábito de fumar en la actualidad ha alcanzado el carácter de epidemia, y se ha extendido de un país a otro provocando la acumulación de sustancias nocivas en el organismo, que afectan tanto a los fumadores activos como a los pasivos; constituye la causa principal de enfermedades y muertes de la sociedad contemporánea, por lo que los niños que conviven en hogares con fumadores activos no escapan a los efectos nocivos del tabaco, que comienzan a afectarlos desde pequeños^{11,18}.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción. Washington: OPS; 1996.
2. Arés Muncio P. Eventos vitales y desarrollo infantil. ¿Riesgo o daño irreparable?. En: ¿En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño?. La Habana: Abril; 1999. p. 69-71.
3. Acevedo A, Machado AP, Barros H. Consumo de tabaco entre los estudiantes de secundarias portuguesas. Bol World Health Organ 1999;77(6):509-11.
4. Grossman DW, Knox JJ, Nash C, Jiménez JG. Tabaquismo: actitudes de los médicos de Costa Rica y oportunidades de intervención. Bol Org Mundial Salud 1999;77(4):315-23.
5. Arias A, Pernas M, Martín G. Estado de la ventilación pulmonar en fumadores activos y pasivos. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(5):462-7.
6. Organización Mundial de la Salud. La propaganda del cigarrillo sigue atrayendo a jóvenes fumadores. Rev Panam Salud Pública 1999;5(6):419-21.
7. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Read V, Budderberg C. Results of a controlled intervention study in 2 high schools. Z Praventivmed 2000;45(5):191-202.

8. Calsina G, Echeverría J. ¿Cómo responde el paciente fumador al tratamiento periodontal? *Periodoncia* 2000;10(5):331-42.
9. Romero PP, Luna JD, Mora A, Alche V. Perfil tabáquico de los adolescentes de enseñanza secundaria. Estudio comparativo entre el medio rural y urbano. *Pre Tab* 2000;2(1):5-16.
10. Holowaty P, Fedman L, Harvey B, Schurt L. Cigarette smoking in multicultural, urban high school students. *J Adolesc Health* 2000;27(4):281-8.
11. Robinson JG, León AS. Prevención de la enfermedad cardiovascular. Énfasis en la prevención secundaria. *Clin Med Norteam*1994;1:73-104.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Propósitos del centro nacional de promoción y educación para la salud para revitalizar el programa de prevención y control del tabaquismo en Cuba. La Habana: MINSAP; 1999.
13. Bingler S. The school as the center of a healthy community. *Public Health Rep* 2000;115(2-3): 28-33.
14. Organización Panamericana de la Salud. Tabaco y alcohol en el marco familiar y escolar. Latinoamérica contra el cáncer. Washington: OPS; 1999.
15. Núñez AE. ¿Qué sucede entre la familia y la escuela?. En: ¿En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño?. La Habana: Abril; 1999. p. 91-4.
16. Turner ML. La escuela y el maestro en la formación de los niños. En: ¿En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño?. La Habana: Abril; 1999. p. 87-90.
17. Pereira ED, Torres L, Macedo J, Medeiros M. Effects of environmental tobacco smoking on lower respiratory system of children under 5 year old. *Rev Saude Publica* 2000;34(1):39-43.
18. Maccigo FG, Mwaniki DL, Guthua SW, Njeru EK. Influence of cigarette filters on the risk of developing oral leukoplakia in Kenyan population. *Oral Dis* 2001;7(2):1001-5.

ANEXO 1 Cuestionario inicial.

Contesta estas preguntas sencillas que serán de gran ayuda para mejorar tu salud y la de tus familiares.

1. Nombre:

2. Sexo:

3. ¿En tu familia existe alguien que fume? (Marca con una X).

Papá _____ Tíos _____ Ninguno _____ Mamá _____ Abuelos _____

4. ¿Fuman ellos en presencia tuya?

Sí _____ No _____

5. ¿Has oído hablar del hábito de fumar?

Sí _____ No _____

6. ¿Por quién? (Marca con una X).

Mamá _____ Abuelos _____ Televisor _____ Ninguno _____

Papá _____ Maestra _____ Radio _____

Tíos _____ Médico, Estomatólogo o Enfermera de la Familia _____

7. ¿Te interesaría conocer sobre el hábito de fumar?

Sí _____ No _____

8. ¿Consideras que es malo el hábito de fumar?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

9. ¿Sabes qué es un fumador pasivo?

Sí _____ No _____

10. ¿Te gustaría fumar cuando seas grande?

Sí _____ No _____

ANEXO 2 Cuestionario final.

Después de terminado este ciclo de actividades, responde estas preguntas para comprobar lo aprendido.

Nombre: _____

Sexo: _____

1. ¿Te gustaron las actividades desarrolladas?

Sí _____ No _____ A veces _____

2. De las actividades realizadas ¿cuáles te resultaron más interesantes? ¿Por qué?

3. De las actividades realizadas ¿cuáles te resultaron menos interesantes? ¿Por qué?

4. Los cuentos trataron el tema de: (Marca con una X).

___ El estudio

___ El hábito de fumar

___ El campismo

5. ¿Cómo consideras el hábito de fumar para la salud?

Bueno _____ Malo _____ No sé _____

6. Un fumador pasivo es: (Marca con una X).

___ El que fuma cigarros

___ El que está presente cuando fuman

___ El que fumó una vez

7. ¿Eres tú un fumador pasivo?

Sí _____ No _____

8. Si fumas ¿qué le pasará a tus dientes y boca?. Explica.

9. ¿Te gustará fumar cuando seas grande?

Sí _____ No _____