

FACULTAD DE MEDICINA "JOSÉ ASSEF YARA"

Título: Intervención educativa sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la Policía Nacional Revolucionaria del municipio Chambas en Ciego de Ávila.

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE GRADO EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL**

Autor: Dra. Linnet López Martínez

Residente de 2 año de MGI.

Ciego de Ávila, 2018

FACULTAD DE MEDICINA "JOSÉ ASSEF YARA"

Título: Intervención educativa sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la Policía Nacional Revolucionaria del municipio Chambas en Ciego de Ávila.

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE GRADO EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL**

Autor: Dra. Linnet López Martínez.

Tutora: Dra. Dagmaris Albear de la Torre.

Especialista I Grado en Medicina General Integral.

Profesora auxiliar.

Máster en Medios Diagnósticos en la Atención Primaria de salud.

Ciego de Ávila, 2018

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

A mis padres porque gracias a sus consejos y guía he podido conseguir mi meta, por su apoyo en toda mi educación, tanto académica, como en la vida, por su incondicional amistad perfectamente mantenida a través del tiempo, porque ellos son pilar fundamental en todo lo que soy.

A Joe por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas.

A todas las personas que de una forma u otra aportaron su granito de arena para la realización de esta investigación.

Lleguen mis más sinceros agradecimientos, además, a todos aquellos que sin percatarse me alentaron y alimentaron mis fuerzas para cristalizar mi más añorado sueño que hoy hago realidad. A mis compañeros de residencia, pues juntos hemos compartido como hermanos el trabajo, la bibliografía y nuestras experiencias. A mis profesores por confiar en mí, por tomarse la tarea de formarme como especialista

Dedicatoria

DEDICATORIA

A mis padres Marta y Esteban por su devoción y perseverancia en mi vida

A mi hermano

A mis abuelos

A Joe

A Marelis

Para todos ellos: Muchas gracias.

Resumen

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la Policía Nacional Revolucionaria del Municipio Chambas , en el periodo comprendido entre enero 2017 a marzo 2018. La muestra quedo constituida por 80combatientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 30 y 40 años. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después. La casi totalidad de los participantes presentaba un nivel de conocimientos insatisfactorio sobre el tabaco como factor de riesgo del cáncer de pulmón, con una modificación significativa en la evaluación final y la casi totalidad terminó la investigación con un adecuado nivel general de conocimientos siendo significativa esta modificación.

Palabras clave: INTERVENCIÓN EDUCATIVA, ETIOLOGIA, FACTOR DE RIESGO, TABACO.

Índice

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN.....	
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO	6
MATERIALES Y MÉTODOS	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES	38
ANEXOS	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

Introducción

INTRODUCCIÓN

En el mundo de hoy la gestión de la información resulta imprescindible para el desarrollo de la sociedad, la información es la base del conocimiento, es un símbolo del poder y sin ella no puede efectuarse con éxito ninguna actividad, es un elemento esencial para el bienestar y el progreso. Es necesaria para la toma de decisiones, el acceso y uso de ella ha dividido a los ciudadanos en pobres y ricos en información, unos que no tienen acceso a ella, y otros que si tienen acceso y la pueden usar para la toma de decisiones acertadas y satisfactorias, pero la explosión de la información ocurrida en el pasado siglo XX hace cada vez más difícil la gestión de la información y por tanto la gestión del conocimiento (1-2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha catalogado el tabaquismo como una enfermedad crónica no transmisible y adictiva, con posibilidades de tratamiento y cura, 1, 2 por lo que las acciones de promoción de salud y prevención que se realicen en las comunidades deben estar dirigidas a mitigar dicho flagelo universal (3-4).

Según estadísticas de la OMS, en el mundo fuman aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexo, el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres consumen una media de 14 cigarrillos por día. El 74 % de todos los cigarrillos se consumen en los países de bajo nivel de ingreso. 1 Ello promueve a que sus gobiernos adopten acciones de salud como charlas educativas, conversatorios, divulgaciones preventivas, pancartas informativas, así como creación de círculos de fumadores que logren modificaciones en sus estilos de vida (5).

Según la Organización Mundial de la Salud 0existen en el mundo más de 1250 millones de fumadores (2010), lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos 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 5827 billones de cigarrillos al año. El 74 % de todos los cigarrillos

Introducción

se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos (Banco Mundial) (hay que tener en cuenta que la mayor parte de la población mundial vive en países de bajo-medio nivel de ingresos). Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma mayor proporción es el comprendido entre 30 y 49 años (6).

A fecha de 1997, los europeos y los chinos son los principales consumidores de tabaco per cápita del mundo, según el periódico alemán Nassauische Neue Presse, de Fráncfort del Meno. El 42 % de los hombres y el 28 % de las mujeres de la Unión Europea son fumadores, pero estos porcentajes son mucho más altos en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 39 años. El tabaquismo siega anualmente la vida de 100 000 personas en Alemania y 100 000 más en Gran Bretaña(6-7).

Las mayores prevalencias mundiales se encuentran en Vietnam, Chile, parte de África y República Dominicana en hombres (73, 68 y 66 %, respectivamente), mientras que Dinamarca y Noruega la presentan en la población femenina (37 y 36 % respectivamente). Por su elevado volumen poblacional, China, India y la Rusia son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo (8).

En la Unión Europea existe una reducción progresiva del consumo, se mantiene la mayor prevalencia en hombres que en mujeres, excepto en Suecia, donde el consumo es algo mayor en mujeres (22 % hombres, 24 % mujeres). La mayor proporción de fumadores se encuentra en los países mediterráneos. La prevalencia en España a todas las edades (2003) es del 36 % de la población(9).

En México se estima que mueren diariamente entre 123 y 165 personas debido a haber consumido tabaco, lo que convierte a esta adicción en un grave problema de salud pública.

En Cuba, más de 13 mil personas mueren cada año por enfermedades asociadas al tabaquismo y los niños son los más expuestos al humo. Nuestro país tiene una fortaleza en la vigilancia epidemiológica por el aporte de tres estudios desde 1985

Introducción

hasta 2010, los cuales arrojan un decrecimiento en la presencia de fumadores, pero en los últimos seis años es otra la situación, notándose un incremento en la iniciación en edades más jóvenes, por lo cual se deben crear estrategias para lograr un control adecuado en el cumplimiento de las regulaciones y promover políticas eficaces para reducir el número de personas fumadoras (10).

En la provincia de Ciego de Ávila tenemos un total de 40108 fumadores mientras que en la Policía Nacional revolucionaria contamos con 80 combatientes de ellos la gran mayoría son fumadores.

Dada la magnitud actual de la entidad y a la mayor exposición a los factores de riesgo, este trabajo pretende dar una orientación sobre cuáles son esos factores de riesgo que potencialmente tienen la capacidad de desencadenar el desarrollo del cáncer de pulmón y así detectarlo en etapas tempranas para tener la capacidad de brindar un tratamiento especializado logrando un pronóstico más favorable y logrando en muchos casos la curación total.

El presente trabajo se origina a partir de la necesidad de implementar una intervención educativa del tabaco como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la Policía Nacional Revolucionaria del municipio Chambas en Ciego de Ávila debido a que existe una mayor prevalencia de fumadores y que en la dispensarización se obtuvo un mayor índice de pacientes fumadores, siendo este el factor principal de dicho cáncer.

A partir de lo anterior, se propone el siguiente problema científico:

Problema: Se desconoce cuál es el nivel de conocimiento acerca del tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la Policía Nacional Revolucionaria del municipio Chambas.

Introducción

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos de combatientes pertenecientes a la Policía Nacional Revolucionaria del Municipio Chambas.

Introducción

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la Policía Nacional Revolucionaria del municipio Chambas.

Objetivos específicos:

1. Determinar el nivel de conocimientos de los combatientes sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón.
2. Aplicar una estrategia de intervención diseñada para elevar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón.
3. Evaluar la efectividad de la intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón.

Marco Teórico

MARCO TEÓRICO

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor(11).

El tabaco es adictivo debido principalmente a su componente activo, la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central. El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo. La nicotina genera adicción, pero tiene efectos antidepresivos y de alivio sintomático de la ansiedad. No se utiliza en farmacia, porque en la segunda mitad del siglo XX se descubrieron antidepresivos más eficaces y que no crean adicción. Tampoco se emplea para el alivio sintomático de la ansiedad, salvo en casos excepcionales, porque las benzodiacepinas, que son el tipo de tranquilizantes más utilizado, también crean dependencia, pero se consideran más eficaces (11).

Es factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, y es especialmente perjudicial durante el embarazo. Además, no sólo perjudica a los fumadores, sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos). El tabaquismo es la principal causa de mortalidad, en la mayoría de los países desarrollados, a principios del siglo XXI, aunque hay otros estudios que indican que estas enfermedades atribuidas al tabaco son en realidad la contaminación industrial y química, los aditivos alimentarios y los pesticidas utilizados en la agricultura. Además, el tabaco como tal es lo que menos se fuma, pues excepto el poco tabaco natural, todo lo que se comercializa está adulterado con sustancias químicas que le aportan dudosas o preocupantes propiedades como la de ser más adictivo o mejorar su sabor, y otras que no se saben porque también tienen fórmulas secretas. Las industrias agregan aditivos que el tabaco puro jamás ha tenido, aumentando la toxicidad que de por sí ya tiene. Sin embargo es importante recalcar que el tabaco por muy puro o de "liar" como se conoce, siempre causará daño

Marco Teórico

irremediablemente, por lo que la única opción que minimiza el riesgo de padecer enfermedades respiratorias a edades avanzadas es simplemente no fumar(12).

Debido a las consecuencias, tanto a la repercusión (dependencia) física, psicológica y social que genera en los consumidores, ya desde el último Congreso de Psiquiatría que tuvo lugar en La Habana, fue considerado una enfermedad más, pues requiere tanto tratamiento medicinal como rehabilitación psicológica y re-educación social. Dichas dependencias son las más difíciles de corregir, aunque la dependencia física es la que con mayor facilidad desaparece, después de la abstinencia. Queda constituida desde entonces, como una enfermedad, que genera enfermedades y otras complicaciones (12-13).

El tabaco se ha relacionado con diferentes cánceres: cáncer de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon, recto, riñón, vejiga, mama, aparato genital, linfático. En el humo del tabaco se encuentran numerosos compuesto químicos cancerígenos que provienen de la combustión, como el benceno, el benzopireno, el óxido nítrico, los derivados fenólicos y nitrosaminas, además de ser una fuente importante de la nicotina, que se considera un fármaco psicoactivo (13).

Se cree que el causante del 85 % de los cánceres a causa del tabaco es el alquitrán que contienen los cigarrillos estándar. En su cubierta se pueden observar una serie de finas líneas. Estas líneas son del alquitrán que la marca coloca a cada cierta distancia para que el cigarro no llegue a apagarse y siga consumiéndose de forma continua. Dicha concentración provoca que un fumador de cigarrillos estándar tenga hasta cinco veces más probabilidades de contraer cáncer con respecto a otro que fume puros o en pipa (14).

Los fumadores de tabaco de liar muestran un mayor riesgo de cánceres de boca, faringe y laringe, y también de pulmón (de forma importante o discreta) que los fumadores de cigarrillos convencionales. Pero un estudio da una prevalencia similar

Marco Teórico

por el cáncer de boca. En el caso del cáncer de pulmón cambiaría la proporción del tipo histológico, con una mayor prevalencia de adenocarcinomas y cáncer de pulmón de células pequeñas(14-15).

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte en la sociedad occidental. Los dos componentes más importantes son las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón o enfermedad coronaria(15).

Está demostrado que la mortalidad por enfermedades vasculares aumenta en los fumadores. El tabaco multiplica por cuatro la probabilidad de padecer una enfermedad coronaria o cerebrovascular (16). Entre las múltiples sustancias del humo del cigarrillo, las que presentan un mayor efecto adverso son la nicotina y el monóxido de carbono (CO).

En Uruguay, después de la prohibición de fumar en espacios cerrados, se detectó una importante disminución en el número de ingresos a instituciones de salud por infarto agudo de miocardio (16).

Los efectos del tabaco sobre las vías respiratorias se han descrito tanto a nivel de estructuras (vías aéreas, alvéolos y capilares) como en los mecanismos de defensa pulmonar. Provocando, en los fumadores, sintomatología respiratoria y deterioro de la función pulmonar. El tabaco causa hipersecreción, lo que da origen a tos y expectoración crónica en los fumadores (17).

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño.

Se ha descrito otras enfermedades respiratorias en relación con el tabaco como la fibrosis pulmonar idiopática, bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa (BONO), granuloma eosinófilo, hemorragia pulmonar y enfermedad pulmonar

Marco Teórico

metastásicos. Existe evidencia de que el tabaquismo es un factor predisponente importante en el neumotórax espontáneo. Es un factor constante en la Histiocitosis X. La neumonía intersticial descamativa también está asociada al consumo del tabaco (17).

Fundamentalmente con un efecto de envejecimiento precoz y aparición de arrugas faciales (*rostro de fumador*). Para evitar este problema los fumadores deben beber aproximadamente un 50 % más de agua que los no fumadores, ya que el fumar produce un cierto grado de deshidratación. Igualmente un estudio detectó que el 42,2 % de las adictas al tabaco desarrollaron acné no inflamatorio; dolencia caracterizada por presencia de poros cerrados, quistes y puntos blancos y negros (18).

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran de manera continuada desde hace años que el consumo de tabaco se sitúa en los primeros lugares entre los factores de riesgo que provocan muerte y discapacidad, quedando establecido desde el año 2010 a nivel mundial que el tabaquismo es una enfermedad (18-19).

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. Es responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el 2030, de no mediar acciones para contrarrestar la situación. Asimismo se ha estimado que 500 millones de personas que viven en la actualidad morirán a causa del tabaco (24). Actualmente el tabaquismo es el responsable de la muerte de 1 de cada 10 personas adultas en el mundo y en el año 2030 llegará a ser 1 de cada 6 si no varían las actuales políticas sanitarias en relación con la epidemia de consumo de tabaco en todo el mundo(19).

Se estima que en el año 2010 en torno a 1,4 millones de varones y 0,5 millones de mujeres murieron en los países desarrollados debido al consumo de tabaco. Esto supuso el 22% de las muertes entre los varones y el 8% de las muertes entre las

Marco Teórico

mujeres. Además la mayoría de estas muertes fueron prematuras ya que representaron el 30% de todas muertes ocurridas en los varones de 35 a 69 años y el 11% de la mortalidad ocurrida en las mujeres de esa misma edad. Las muertes debidas al consumo de tabaco suponen una pérdida de 22 años de vida en los individuos de 35 a 69 años y de 8 años en los individuos de 70 o más años (20).

La mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada en Cuba, sobre todo en los varones ya que 1 de cada 4 fallece en por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En el año 2009, un total de 49.072 personas murieron por enfermedades debidas al consumo de tabaco. De ellas 44.682 (91,1%) fueron varones y 4.390 (8,9%) mujeres. Estas muertes supusieron el 24,5% del total de muertes en los varones y el 2,6% del total de muertes en las mujeres (20).

En Cuba, con anterioridad a la entrada en vigor de la nueva legislación con nuevas medidas sanitarias contra el tabaquismo, el consumo de tabaco estaba muy extendido. Un tercio de la población de más de 16 años fumaba diariamente. Los hombres en conjunto fumaban más que las mujeres, aunque esta situación se invertía en la adolescencia y primera juventud. En los últimos años la prevalencia del consumo de tabaco está estabilizada, si bien la evolución por género difiere. Los hombres han disminuido su consumo y las mujeres en cambio lo han aumentado. El patrón de consumo que prevalece es de una frecuencia diaria y el consumo medio se sitúa en 20 cigarrillos al día. Se comienza a fumar en la adolescencia, a una edad más temprana que el alcohol y el resto de sustancias psicoactivas. Se ha constatado también una proporción significativa de “exfumadores” en el conjunto de la población, así como el intento de dejar de fumar por parte de la mitad de los escolares fumadores de 14 a 18 años (21-22).

El tabaco que se puede adquirir en el comercio es el producto final de la manipulación y transformación de las hojas curadas y fermentadas de una planta de la familia de las solanáceas conocida científicamente como “*Nicotina tabacum*”. Es

Marco Teórico

una planta de flores vistosas, de color blanco, rosa o púrpura, y de grandes hojas, originaria de América Central y norte de Sudamérica (22).

Las condiciones de cultivo ideal para esta planta incluyen un clima templado y un grado de humedad medio, sin embargo, una de sus más importantes características: su excelente adaptabilidad al medio, le permite ser cultivada en todos los países del mundo. La calidad final de la hoja viene definida por un lado por factores genéticos dependientes de la propia planta, y por otro lado por factores dependientes del medio donde se cultiva, suelo y grado de humedad y de las técnicas de transformación de la hoja (23).

Las hojas más próximas al suelo son las más fuertes y concentradas, mientras que las más altas son más suaves. Gracias a esta característica es posible controlar la fuerza de la planta, de forma que podando las zonas terminales se consigue una mayor concentración de las hojas bajas y una mejor redistribución de los nutrientes en el resto de las hojas. Este procedimiento se conoce como despunte, y es uno de los factores de que depende la concentración final de nicotina de las hojas. Otras características de su cultivo como el tipo de suelo, las horas de exposición al sol, el grado de humedad o la presencia de ciertos contaminantes atmosféricos condicionan la calidad final de la hoja, y sobre todo su contenido en almidón y alcaloides (24).

Los niveles de nicotina ambiental en los edificios de las administraciones públicas, empresas privadas, comercios, centros de transporte, universidades, hospitales y centros sociales son residuales y en general un 80% menores de los que había antes de la puesta en marcha de las medidas legislativas comentadas. La implicación de los profesionales de la Atención Primaria de Salud en el abordaje del tabaquismo es creciente, destacando el rol de los policlínicos de cada área. Desde distintas profesiones y desde diferentes especialidades se han desarrollado opciones de intervención con resultados significativos (24-25).

Uno de las sustancias utilizadas para mejorar la calidad del producto, el peróxido de hidrógeno, actúa sobre las hojas degradando algunas de las sustancias nocivas,

Marco Teórico

entre ellas la nicotina. Parece ser por tanto que el tabaco tratado con peróxido de hidrógeno producirá un humo menos nocivo para la salud. La principal característica de la “Nicotina tabacum” es su capacidad para sintetizar en la raíz, y posteriormente almacenar y conservar en las hojas un alcaloide denominado nicotina, presente en el humo de su combustión y responsable del gusto y otros efectos fisiológicos que el fumador aprecia como placenteros. Existen otros alcaloides en la hoja del tabaco, como la nor nicotina, producto de la desmetilización de la nicotina y que presenta menores efectos en el fumador (25).

Las pruebas sobre los efectos para la salud de la exposición al humo de los cigarrillos a consecuencia del tabaquismo pasivo se publicaron por primera vez en 1974. Desde entonces, más de 20 informes independientes publicados por diversas organizaciones, que varían desde la International Agency for Research on Cancer (IARC), Environmental Protection Agency (EPA) o la comisión alemana Maximale Arbeitsplatz Konzentration (MAK), han coincidido en que la exposición al humo del tabaco como consecuencia del tabaquismo pasivo provoca diversas enfermedades crónicas y mortales, incluida la cardiopatía isquémica, ictus, cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (25).

Estudios recientes han confirmado los riesgos importantes para la salud y la vida del fumador pasivo. Se ha establecido que la exposición crónica al humo ajeno puede provocar una gran cantidad de enfermedades causadas también por el tabaquismo activo, como el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y enfermedades infantiles. Está claramente establecido que el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón es entre un 20% y un 30% superior en los no fumadores que viven con un fumador, y entre un 12% y un 19% mayor en las personas que reciben el humo ajeno en el lugar de trabajo. Del mismo modo, el riesgo de cardiopatía coronaria es entre un 25% y un 30% mayor en los no fumadores que viven con un fumador. Además, un creciente número de datos parece indicar la existencia de un vínculo causal entre el tabaquismo pasivo y las enfermedades cerebrovasculares en los no fumadores. El tabaquismo pasivo está relacionado con las enfermedades respiratorias y es un

Marco Teórico

importante elemento de exacerbación para las personas asmáticas, con alergias y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. El humo de tabaco ajeno es especialmente peligroso para los niños pequeños y los bebés; está relacionado con la muerte súbita del bebé, la neumonía, la bronquitis, el asma y síntomas respiratorios, así como con enfermedades del oído medio. En las embarazadas, la exposición al humo de tabaco ajeno puede provocar recién nacidos de bajo peso, la muerte fetal o un parto prematuro (25-26).

El humo es el resultado del proceso de combustión incompleta por incandescencia del tabaco presentado en todas sus formas conocidas: cigarrillo, cigarro puro y pipa. El acto de fumar es un proceso basado en la combustión del tabaco y la posterior inhalación del humo resultante. La combustión del tabaco da lugar a dos diferentes columnas o corrientes: la corriente principal representa el conjunto de gases y partículas que el fumador inhala voluntariamente, y la corriente secundaria o lateral que se origina de forma espontánea sin que intervenga la aspiración del humo (26).

Tras la combustión total del tabaco, se produce una evaporación completa del agua y las sustancias orgánicas de la hoja dando lugar a un material residual que se denomina ceniza, la cual está compuesta por óxidos de calcio, de potasio y de magnesio, y pequeñas cantidades de otros minerales: sodio, hierro, azufre, cloro, etc. De las numerosas sustancias cancerígenas presentes en el humo del tabaco, la más conocida y estudiada es el benzopireno que se forma durante la combustión del tabaco. Otras sustancias que han sido consideradas: benzoantracenos, arsénico, cromo, níquel, polonio, y nitrosaminas (26).

Abandonar el hábito tabáquico comporta beneficios en términos de reducción de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida, para cualquier grupo de edad y para ambos sexos. Del mismo modo que desde hace muchos años conocemos los problemas del tabaquismo sobre la salud de los fumadores, también existen evidencias ampliamente demostradas sobre los beneficios del abandono del consumo de tabaco en aquellos que han llegado a conseguirlo. Ya desde hace más

Marco Teórico

de 40 años es bien conocida la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad, así como los beneficios a este nivel que los exfumadores pueden obtener si se comparan sus expectativas de vida con las que muestran las personas que siguen fumando (Doll y cols., 1964, 1994, 2004. De este modo sabemos que tan sólo a las 8 horas de haber fumado los niveles de nicotina y monóxido de carbono se reducen a la mitad y el oxígeno regresa a valores normales, lo que mejora la respiración. En 24 horas la nicotina y monóxido de carbono son eliminados del cuerpo. En 3 meses la mejoría de la función pulmonar es evidente, con disminución notable de la tos, la congestión nasal, el cansancio y la disnea. Después de un año el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye al dejar de fumar hasta en un 50% y con el paso de los años aún seguirá observándose esta reducción. El riesgo de infarto cerebral vuelve al del nivel de personas que nunca han fumado a los 15 años de dejarlo(27-28).

Después de 10 años del abandono del tabaco también se ve fuertemente reducido el riesgo de padecer un cáncer de pulmón que es un 30-50% menor de los que siguen fumando. Cuando han transcurrido 15 años desde el abandono del tabaco el riesgo de enfermedad cardiovascular es similar al de los que nunca han fumado (28).

Aunque cualquier edad es buena para dejar de fumar, como parecería lógico, el abandono del tabaco no ofrece los mismos beneficios según los años que hayan transcurrido de hábito tabáquico (14). En este sentido cabe destacar los datos del estudio que realizó un seguimiento de 50 años en médicos ingleses y demuestra como la supervivencia de los que habiendo fumado pero abandonando el consumo de tabaco antes de los 35 años obtienen unas curvas de supervivencia no difieren significativamente de aquellos que nunca habían fumado (29).

Como era de esperar, el abandono del tabaco más allá de edades medias de la vida ofrecía peores resultados.

Marco Teórico

La terapia sustitutiva con nicotina se ha desarrollado para suprimir el síndrome de abstinencia de la nicotina que se produce cuando el fumador queda privado de la misma (29).

Hay actualmente varias preparaciones como son el chicle y el parche de nicotina, junto al spray nasal de nicotina y el inhalador de nicotina.

-Chicle de nicotina

El chicle de nicotina ha sido el primer fármaco disponible eficaz para dejar de fumar. La persona deja de fumar cigarrillos y mastica en su lugar chicles de nicotina. Es importante utilizarlo dentro de una estrategia de consejo médico o de un tratamiento especializado, dar instrucciones claras al fumador sobre su uso, y tener un mínimo entrenamiento para añadir al mismo un consejo individual especializado.

Existen chicles de 2 y 4 mg de nicotina. De cada pieza se absorbe aproximadamente la mitad.

El pico de concentración de nicotina en plasma se obtiene después de 30 minutos de masticación. Es, por ello, un nivel más lento de absorción que el cigarrillo. Por ello, es importante saber masticar el chicle de nicotina, para tenerlo durante 30 minutos en la boca (29).

Cada vez más se está generalizando el uso del cigarrillo electrónico como alternativa al cigarrillo tradicional. A pesar de que esta metodología no provee directamente la consumición de tabaco, en aras de la exhaustividad, vale la pena mencionar su existencia. El cigarrillo electrónico es un dispositivo electrónico equipado con un vaporizador y un líquido que se vaporiza por el mismo. No hay cifras oficiales sobre el número de usuarios del cigarrillo electrónico, pero a manera de ejemplo en Inglaterra, donde el fenómeno está más extendido, se estima que para fines del 2012 la cifra de fumadores de cigarrillos electrónicos será de unos seiscientos mil y que ascenderá a un millón en el 2013. Aunque no hay un fluido líquido de nicotina, generalmente el líquido fumado en el cigarrillo electrónico contiene esta sustancia, como un porcentaje seleccionado por el fumador. Por esta razón también los fumadores de cigarrillos electrónicos, cuando fuman este líquido que contiene

Marco Teórico

nicotina, están sujetos a los efectos de la adicción. El cigarrillo electrónico no está basado en el fenómeno de la combustión, sin embargo, no determina la inhalación de todos aquellos cancerígenos que se emiten en la combustión del tabaco y el papel (30).

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno (30).

Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco (30-31).

Los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico. (31)

Un seguimiento eficaz permite determinar la amplitud y el carácter de la epidemia de tabaquismo y la mejor manera de adaptar las políticas. Solo uno de cada tres países, que representan un tercio de la población mundial, hace un seguimiento del consumo de tabaco, para lo cual realizan sistemáticamente, cada cinco años, encuestas representativas entre jóvenes y adultos de todo el país (31).

Humo ajeno es el que llena restaurantes, oficinas y otros espacios cerrados cuando la gente quema productos de tabaco como cigarrillos, bidis y pipas de agua. El humo del tabaco contiene más de 4000 productos químicos, de los cuales se sabe que al menos 250 son nocivos, y más de 50 causan cáncer (32).

No hay un nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno. En los adultos, el humo ajeno causa graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, en particular coronariopatías y cáncer de pulmón. Entre los lactantes causa muerte súbita. En las mujeres embarazadas ocasiona bajo peso ponderal del recién nacido.

Marco Teórico

Casi la mitad de los niños respiran normalmente aire contaminado por humo de tabaco en lugares públicos.

El humo de tabaco ajeno causa alrededor de 890 000 muertes prematuras cada año. En 2004, los niños representaron el 28% de las defunciones atribuibles al humo de tabaco ajeno.

Todas las personas deberían poder respirar aire sin humo. Las leyes contra el humo protegen la salud de los no fumadores, son bien acogidas, no perjudican a los negocios y animan a los fumadores a dejar de fumar. Más de 1300 millones de personas, o el 18% de la población mundial, están protegidas por leyes nacionales integrales sobre espacios sin humo (33).

El tabaquismo es responsable del 30 % de los casos de cáncer y se ha verificado que de por lo menos 13 diferentes tipos de tumores, señaló el oncólogo Juan Zinser Sierra (33).

Específicamente en algunos tumores como el de cáncer de pulmón entre el 70 y 90 % de los casos han sido fumadores. Sin embargo, existen otros tipos relacionados con el consumo del tabaco aunque han sido minimizados, aseguró el también presidente del Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo (33).

En cáncer de vejiga la mitad de los casos han sido fumadores; tumores de garganta, de la orofaringe, y hay cuando menos 13 diferentes tumores bien estudiados que están asociados con el antecedente del tabaquismo (34).

Por su parte, la coordinadora del Programa de Investigación y Prevención del Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Guadalupe Ponciano Rodríguez, coincidió en que el consumo de tabaco no sólo afecte a los pulmones (34).

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes

Marco Teórico

temáticas, el tema sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón no escapa a esta tendencia (34).

Se define la intervención educativa como:

“una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general” (35).

Objetivos de la intervención

La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.

Contenido de la intervención

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas (36-40).

Destinatarios de la intervención

Marco Teórico

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.
- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera (41-46).

Funciones de la intervención

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.

Marco Teórico

- Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.
- Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social.(40;47)

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan intervención social (41).

Agentes de la intervención

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

- Entre profesionales.
- Para profesional (colaboradores del profesional), como la investigación realizada, en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre la Dra. Ochandategui Camejo expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95%.(48)

Marco Teórico

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social.

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

- Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).
- Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera) (44,45).
- Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra. C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6% de conocimientos sobre salud y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %.(48). Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa.

Marco Teórico

- Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario (49-51).

Carácter científico de la intervención

- La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios (40).

Materiales y Métodos

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel conocimientos relacionados con el tabaco como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la Policía Nacional Revolucionaria de Chambas en el periodo comprendido entre enero de 2017 hasta marzo 2018.

Universo y muestra

El Universo de estudio estuvo constituido por 80 combatientes, pertenecientes a la Policía Nacional Revolucionaria en dicho periodo de estudio, coincidiendo con la muestra por ser finita y medible.

Criterios de inclusión:

- Personas que estuvieron de acuerdo en participar en la intervención con previo consentimiento informado (Anexo I).

Criterios de exclusión:

- Los que se ausenten a dos o más actividades programadas.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través del cuestionario, fuente de información primaria de la investigación, aplicada antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud Chambas, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario de preguntas (ver anexo II) inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la

Materiales y Métodos

intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: consta de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapla diagnóstica: Se citó a los trabajadores de la Policía Nacional Revolucionaria para solicitar su consentimiento de participar en la intervención seleccionándose entre ellas las 80 personas objeto de estudio a las que se les llenó el (Ver **Anexo I**) Planilla de consentimiento informado. Posteriormente se les llenó una encuesta de forma individual (Ver **Anexo II**) y se les realizó un cuestionario de preguntas (Ver **Anexo III**) calificando los conocimientos antes de la intervención.

Etapla de intervención: Durante esta etapa se desarrollaron 4 secciones de trabajo dividido en dos grupos de 40 y 40 respectivamente Se impartió el programa de clases personalmente por el autor, en la Policía Nacional Revolucionaria donde se abordaron los temas relacionados con el tabaquismo. Estas sesiones se desarrollaron semanalmente ,los días lunes y viernes durante 2 horas en el horario de 8.00 a 10.0 am durante 5 semanas la sede Policía Nacional Revolucionaria, para desarrollar la intervención ,se impartieron las temáticas y se incorporaron las técnicas educativas participativas (conferencias , dinámicas de grupos ,lluvias de ideas, cine debate) que son grupos encaminados a la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas, así como elevar la conciencia de salud tanto individual como colectiva. Además se utilizó medios de enseñanza, que no es más que el medio visual, auditivo o audiovisual que se utiliza en cualquier actividad educativa y que coadyuva a la comprensión del tema o lección desarrollada en la misma. El Material impreso es un medio de enseñanza que utiliza palabras escrita, cartel, afiches, folletos prensa o mural.

Etapla evaluación: Se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la primera, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Materiales y Métodos

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio de la Policía Nacional Revolucionaria.
- **Analítico-Sintético:** Se analizó y comparó las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de los combatientes no especializado en el tema, así como el grado de desconocimiento de gran parte de la población.
- **Inductivo-Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones dirigidas a elevar el nivel de conocimiento acerca del tabaco como factor de riesgo del cáncer de pulmón.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La encuesta: Método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

En correspondencia al problema de investigación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe los planteamientos de cada uno de los encuestados.

Materiales y Métodos

Variable Dependiente: pacientes fumadores.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad de comienzo del hábito	Cuantitativa continua	Menos de 1 año 1-3 años 4-6 años Más de 6 años	Se explica a sí mismo.	Número y Porcentaje según grupo de edad
Cantidad de cigarrillos al día	Cuantitativa continua	1 caja 1-2 cajas Más de 2 cajas.	Se explica a sí mismo.	Número y Porcentaje según grupo de edad
Hábitos Tóxicos	Cualitativa Nominal dicotómica	-No tienen -Si tienen	-Si consumen o no alcohol. - Si consumen o no café.	Número y Porcentaje según grupo de edad.
Antecedentes Patológicos Personales	Cualitativa Nominal dicotómica	Antecedente de antecedentes de hábito de fumar. -Presentes -Ausentes	Si tiene antecedentes de hábito de fumar	Número y Porcentaje según grupo de edad.
Antecedentes Patológicos Familiares	Cualitativa Nominal politómica	Antecedente familiar de hábito de fumar. -Presentes -Ausentes	Si tiene antecedentes de hábito de fumar.	Número y Porcentaje según grupo de edad.
Antecedentes de exposición a sustancias tóxicas	Cualitativa nominal politómica	-No tienen -Si tienen	-Si consumen o no sustancias tóxicas	Número y Porcentaje según grupo de edad.
Eficacia del tratamiento	Cualitativa Nominal	Eficaz: Cuando se elimina la adicción o se redujo está a menos de 5 cigarrillos al día. Moderadamente eficaz: Cuando se redujo la adicción a menos de media caja de cigarrillos al día. No eficaz: Cuando solo disminuyo la adicción a una cajetilla de cigarros al día o	Se explica a sí mismo.	Número y Porcentaje según grupo de edad

Materiales y Métodos

		simplemente no hubo modificación de la misma.		
--	--	--	--	--

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y se resumió en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Procesamiento estadístico: Mc. Nemar

Se aplicó la técnica de Mc Nemar la cual consistió en comparar el nivel de conocimientos que poseían los combatientes antes y después de la intervención comunitaria.

Esta prueba estadística es utilizada cuando se está en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicará la prueba Mc Nemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de las cuatros variables en estudio, es decir satisfactorio (1) e insatisfactorio (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Materiales y Métodos

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes y después.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p. En caso de que $p \leq 0.05$ entonces existe significación y rechaza la hipótesis Ho.

Aspectos éticos

Luego de la intervención se comprobó que la misma contribuyó a elevar los conocimientos sobre el tabaco como factor de riesgo del cáncer de pulmón, en los combatientes de la Policía Nacional Revolucionaria del municipio Chambas.

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada médico leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los colaboradores. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Resultados y Discusión

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Título: Intervención educativa sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón en la Policía Nacional Revolucionaria del municipio Chambas en Ciego de Ávila.

Tabla 1. Edad de comienzo del hábito de fumar.

Edad del comienzo del hábito en años	TOTAL	
	No.	%
Menos 1 año	7	8.75
1 a 3 años	15	18.75
4 a 6 años	18	22.6
Más de 6 años	42	50
TOTAL	80	100

Fuente: Historia clínica.

Prueba de Mc Nemar $p= 0,063$

En la tabla anterior se muestra la distribución de edad del comienzo del hábito en años donde hay un predominio de 42 personas representando un 50% que fuman hace más de 6 años.

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015 (52), instaba que más de la mitad de las personas que fuman lo realicen hace más de 6 años. Otras encuestas sobre hábito tabáquico en España (53) revelan que 9 de cada 10 fumadores comenzaron su relación con la droga antes de los 20 años coincidiendo estos los cuales lo realizan hace más de 6 años.

Resultados y Discusión

Tabla 2. Distribución de cigarrillos al día.

Distribución de cigarrillos al día	TOTAL	
	No.	%
1 caja	20	25
1 a 2 caja	25	31.25
Más de 2 cajas	35	43.75
TOTAL	80	100

Fuente: Datos tomados de la planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas.

Prueba de Mc Nemar $p=0,000$

En la tabla anterior se muestran la distribución de cigarrillos consumidos al día donde 35 personas consumen más de 2 cajas de cigarrillos al día representando un 43.75%.

Estos resultados coinciden con los resultados encontrados en Europa occidental (54) quienes encontraron que los pacientes con mayor distribución de cigarrillos consumidos diariamente son los que consumen más de 2 cajas al día. Al igual que un estudio realizado por la Doctora María Guadalupe Esmeralda Vásquez en el año 2015 (55) donde ella plantea que la mayoría de los pacientes que consumen cigarrillos se fuman al día más de 2 cajas.

Resultados y Discusión

Tabla 3. Presencia de hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	TOTAL	
	No.	%
Si	70	87.5
No	10	12.5
TOTAL	80	100

Fuente: Datos tomados de la planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas

Prueba de Mc Nemar $p= 0,219$

En tabla anterior se muestra que 70 pacientes tienen presencia de hábitos tóxicos representando un 87.5%.

Según estudios realizados por la Doctora María Guadalupe Esmeralda Vásquez en el año 2015 (55) coincide con nuestra investigación que la mayoría de los pacientes que son fumadores tienen el antecedente de tener hábitos tóxicos, además de que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación se recogen los datos.

Resultados y Discusión

Tabla 4. Distribución de pacientes según Antecedentes Personales.

Antecedentes Personales	TOTAL	
	No.	%
Ausentes	37	46.25
Presentes	43	53.75
TOTAL	80	100

Fuente: Datos tomados de la planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas.

Prueba de Mc Nemar $p= 0,016$

En la tabla anterior se muestra la distribución de los pacientes según los Antecedentes Personales donde hay 43 personas que tienen el antecedente representando un 53.75%.

En la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, se recogen los datos relacionados con los antecedentes personales y su relación con el consumo de tabaco, no encontrándose otros estudios con resultados similares para establecer comparación.

Resultados y Discusión

Tabla 5. Distribución de pacientes según Antecedentes Familiares.

Antecedentes familiares	TOTAL	
	No.	%
Ausentes	20	25
Presentes	60	75
TOTAL	80	100

Fuente: Datos tomados de la planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas.

Prueba de Mc Nemar $p= 0,016$

En la tabla anterior se muestra la distribución de los pacientes según los Antecedentes Familiares donde hay 60 personas que tienen el antecedente de familiares fumadores representando un 75%.

En la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, se recogen los datos relacionados con los antecedentes familiares determinando que es un factor influyente para asumir este hábito, coincidiendo con una encuesta realizada en un centro de salud en España (56) donde se constató que la mayoría de las personas que fuman tienen antecedentes patológicos familiares.

Resultados y Discusión

Tabla 6. Distribución de pacientes según la exposición a sustancias tóxicas.

Antecedentes a sustancias tóxicas	TOTAL	
	No.	%
Si	15	18.75
No	65	81.25
TOTAL	80	100

Fuente: Datos tomados de la planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas.

Prueba de Mc Nemar $p=1,000$

En la tabla anterior se muestra que la mayoría de los pacientes que participaron en la intervención no presentan el antecedente a sustancias tóxicas representando un 81.25%.

La exposición a sustancias tóxicas no constituye un factor de riesgo para el hábito de fumar, varios estudios realizados a nivel mundial coinciden con estos resultados obtenidos en nuestra investigación como por ejemplo un estudio realizado en el Policlínico Docente Raúl Sánchez Rodríguez. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba (57).

Resultados y Discusión

Tabla 7. Evaluación final de la intervención con los pacientes estudiados.

Conocimiento	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Adecuado	25	31.3	69	86.3
Inadecuado	55	68.8	11	13.8
TOTAL	80	100	80	100

Prueba de Mc Nemar $p= 0,016$

En la tabla anterior se muestra que antes de aplicar la intervención solo 25 pacientes tenían conocimiento adecuado sobre esta patología representando el 31.3% y después de realizada la intervención el 83.3% alcanzó un nivel adecuado de conocimiento representado por 69 pacientes además se muestra la evaluación general según el nivel de conocimiento general evaluado en múltiples aspectos anteriormente tratados, y medido antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Antes de comenzar la intervención, 25 de los participantes presentaron un nivel de conocimiento general satisfactorio, para un 31.3% del total, mientras que 55 (68.8%) respondió erradamente los ítems consignados en el cuestionario para las diferentes preguntas ya expuestas en tablas anteriores.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimiento general satisfactorio, aumentó hasta 69 participantes (86.3%) y este elevado número, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

En un estudio realizado en Venezuela por Ismael Infante (58) sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer este refiere que luego de la intervención el 95 % respondieron satisfactoriamente al programa capacitante, coincidiendo con nuestro estudio.

Resultados y Discusión

Se constató la efectividad de la intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre este tema.

Conclusiones

CONCLUSIONES

La intervención educativa resultó efectiva en todos los trabajadores de la Policía Nacional Revolucionaria al aumentar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Aplicar intervenciones educativas sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón en las diferentes unidades militares de la provincia Ciego de Ávila, y así elevar los conocimientos de los trabajadores sobre dicha enfermedad.

Anexos

ANEXOS I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación “Intervención educativa sobre el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor _____ quien me ha informado que:

Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información en este grupo sobre temas como: el tabaquismo como factor de riesgo del cáncer de pulmón.

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 2018

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

Anexos

Anexo II. Encuesta Individual

Nombres y apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____

1. ¿Hace que tiempo empezó a fumar?

_____ menos de 1 año _____ de 1 a 3 años

_____ de 4 a 6 años _____ más de 6 años

2. ¿Qué cantidad de cigarros fuma?

_____ 1 caja _____ 1 a 2 cajas _____ más de 2 cajas

3. Otros hábitos tóxicos: _____ Café, _____ Alcohol, _____ Psicofármaco, _____ Otros.

4. Antecedentes Patológicos Personales _____ Si _____ No

Antecedentes Patológicos Familiares _____ Si _____ No

5. Usted se ha expuesto alguna vez a alguna sustancia tóxica:

_____ Si _____ No

6. Padecimientos asociados al cigarro:

_____ Tos _____ ronquera _____ molestias en la boca

_____ Problemas cardíacos _____ úlcera estomacal _____ dificultad para dormir

_____ hipertensión arterial _____ falta de aire _____ otros _____ ninguno

Anexos

Metodología para la evaluación de la encuesta antes y después de la intervención:

Calificación por preguntas:

- Correcta: Cuando tengan por respuesta 14 puntos
- Incorrecta: Cuando obtuvo menos de 14 puntos

Al finalizar los conocimientos generales se evaluaron de la forma siguiente:

El cuestionario de 6 preguntas con un total de 4 preguntas con 15 puntos y 2 preguntas con 20 puntos respectivamente, para un total general de 100 puntos.

- Adecuado: Si obtuvo 70 o más puntos.
- Inadecuado: Si obtuvo menos de 70 puntos.

Toda la recolección de los datos se tomó personalmente por el autor.

Anexos

Anexo III.

DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los colaboradores.

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aplicar conocimientos sobre el tabaquismo a los trabajadores de la unidad y promover la realización de la misma.

- Dinámica grupal con debate de situación.
- Debate y reflexión.
- Conferencia, juego de conocimientos.

En cada una de las sesiones de trabajo se irán abordando los problemas identificados (una sesión para cada problema) y última se dedicará a precisar el conocimiento alcanzado por los colaboradores.

Tema I: Presentación del programa.

Sumario: 1- Presentación del proyecto.

2- Aplicación de los cuestionarios.

3- Cierre.

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los colaboradores a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Duración: 45 minutos.

Recursos: Hojas, lápices y bolígrafos.

Anexos

Tema II: Generalidades del tabaquismo. Consta de tres conferencias.

Conferencia 1: ¿Qué es el tabaquismo?

Objetivo: Definir correctamente que es el tabaquismo y su importancia.

Desarrollo: Se explicó todo lo concerniente al tabaquismo, su concepto y su importancia, así como sus posibles consecuencias para la salud.

Técnica: Exposición.

Materiales: Pizarra, láminas y tabletas.

Tiempo: 2 horas.

Conferencia 2: El tabaco como factor de riesgo fundamental.

Objetivo: Dar a conocer la repercusión del hábito de fumar para el desarrollo de otras enfermedades.

Desarrollo: Se debatieron aspectos relacionados con las consecuencias del consumo de tabaco. Se orientó sobre la importancia de evitar el hábito de fumar.

Técnicas: Representación de roles.

Materiales: Pizarra, láminas y tabletas.

Tiempo: 2 horas.

Conferencia 3: Síntomas asociados con el hábito de fumar.

Objetivo: Dar a conocer los síntomas asociados con el hábito de fumar.

Desarrollo: Se debatieron aspectos relacionados con los síntomas asociados con el hábito de fumar.

Técnica: Lluvia de ideas, exposición.

Materiales: Pizarra y láminas

Tiempo: 2 horas

Anexos

Tema III: Cierre y evaluación

Sumario: 1- Reafirmación del contenido

2- Aplicación del cuestionario

Objetivo: Reafirmar conocimientos sobre el tabaquismo como factor de riesgo.

Tipo de actividad: Clase teórico – práctica.

Duración: 45 minutos.

Recursos: Hojas, lápices.

Frecuencia: A los 2 meses de finalizada la intervención educativa.

Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev. Cubana Sal Pub. 2011 [citado 16 dic. 2016]; 37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100010&lng=es

2. Rodríguez Pérez LA, Herrero Lugones Y, Zulueta Yate M, Sit Pacheco R. Caracterización sociodemográfica y clínica de fumadores en un contexto clínico de desestimulación tabáquica. Rev. Hosp Psiquia Habana. 2014 [citado 15 mar 2017]; 11(supl Disponible en <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/caracterizacion%20sodemografica%20y%20cliica.html>

3. Pla García A, Elizalde Gálvez MG, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño JC, Nieves Sardiñas BN. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev. Med Electrón. 2016 [citado 16 dic. 2017]; 38 (3): 460

4. Correo Científico Médico de Holguín Asistencia al tabaquismo desde las comunidades terapéuticas 344 469. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164.

5. Abengózar R., Ayesta FJ. Tabaquismo. Biblioteca Alergológica. Fronteras de la Alergia. Publicaciones Permanyer 2015.

6. Becoña E, Córdoba R, Díaz - Maroto JL, Lopez V, Jimenez Ruiz C, Planchuelo MAET al. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Comité nacional para la prevención del Tabaquismo (CNPT). Madrid, 2010.

Referencias Bibliográficas

7. Carlos III. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid, 2015.

8. Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. ERGON; 2009.

9. Begoña, E. Tabaco. Prevención y tratamiento. ED. Pirámide. 2009.

10. Comisión De Las Comunidades Europeas. Libro Verde. Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE. Bruselas, 2009

11. Echave, J. Flordelis, C.García, V., Riba, M. V.de la, Llopis, J. J. y Martín, E. (2011). El tratamiento del tabaquismo en los centros de drogodependencias y en las unidades de conductas adictivas. *Adicciones*, 16 (Supl. 2).

12. Begoña, E. y Gómez-Durán, B.J. Programas de tratamiento en grupo de fumadores. En D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 203-230). Ed. Pirámide, 2010.

13. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de la Salud 2009 pp. 23-41

14. Sánchez Agudo, L. (2009). El fumador pasivo. *Adicciones*, 16 (Supl. 2) Banegas JR et al. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España 2010. *Med Clin* 2011; 117: 692-694.

15. Pardell, H. y Saltó, E. (2010). Beneficios de dejar de fumar. *Addictions*, 16 (Supl. 2).

Referencias Bibliográficas

16. Barth, J. Critchley, J. y Bengel, J. Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2009; 32: 10-20.

17. Begoña, E. Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Socidrogalcohol*, 2011.

18. Herrero, F. J. y Moreno, J. (2009). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones*, 16 (Supl. 2).

19. Carretero J. Carcinógenos y origen del cáncer de pulmón. Madrid: Centro Nacional de investigaciones oncológicas; 2005:40.

20. Jiménez CA. Tratado del tabaquismo. Madrid: Ergon; 2007.

21. Pernas M, Arancibia L. Efectos sobre la salud de la exposición crónica al humo del tabaco en fumadores y no fumadores. *Revista cubana de Medicina General Integral* 1998; 14(2):180-184.

22. Espinosa AD, Espinosa A. Tabaquismo. *Revista Finlay* 2010:33-38.

23. Blumenkron F. Gobierno de México: Hagan algo por los fumadores Legalicen el cigarrillo electrónico regulado. [Acceso 22 de diciembre de 2013]. Disponibles en: <https://www.change.org/es-LA/peticiones/gobierno-de-mexico-hagan-algo-por-los-fumadores-legalicen-el-cigarrillo-electronico-regulado-2>

24. Rianovosti 2014; [Acceso 4 de abril de 2014]. Disponible en: <http://en.ria.ru/infographics/20091123/156956286.html>.

Referencias Bibliográficas

25. Ayesta FJ, García-Blanco MJ, Rodríguez-Lozano F. Cigarrillos electrónicos: toxicidad, adictividad y potencial utilidad terapéutica. [Acceso 4 de abril de 2014].
Disponibles en: https://drupal.cgcom.es/sites/default/files/articulo_informacion.pdf.
26. Siegel MB, Maryland M, Tanwar KL, Wood KS. Electronic cigarette sales: smoking cessation tool. American Journal of preventive medicine 2011; 40(4):472-475.
27. Saitta D, Ferro GA, Polosa R. Achieving appropriate regulations for electronic cigarettes. Ther Adv Chronic Dis 2014 Mar; 5(2):50-61.
28. DeMarco C, Invernizzi G, Bosi S, Pozzi P, DiPaco A, Mazza R, et al. The electronic cigarette: potential health benefits or mere business? Tumori 2013 Nov-Dec; 99(6):299-301.
29. Bertholon JF, Becquemin MH, Annesi-Maesano I, Dautzenberg B. Electronic cigarettes: short review. Respiration 2013; 86(5):433-438.
30. Ochandategui Camejo L. Caracterización de la preparación de médicos y enfermeras para enfrentar desastres. Municipio 10 de octubre [tesis]. La Habana: ISCM-H; 2007
31. Franco J, Pérez-Hoyos S, Plaza P. Changes in lung-cancer mortality trends in Spain. International journal of cancer 2002; 97(1):102-105.
32. Álvarez Sintés R. Educación permanente. Editorial. Rev. Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 1998 [citado 09 sep. 2009]; 14(6):519-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-12511998000600001&lng=es&nrm=iso

Referencias Bibliográficas

33. Begoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública* 2000; 74(1):1323.

34. González R, Viniegra L. La discusión y el debate. Una alternativa para el ejercicio de la crítica en educación médica [tesis]. México: Facultad de Medicina, UNAM; 1998.

35. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. *EducMedSúper* [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct.2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es.

36. Drummond MB, Upson D. Electronic cigarettes. Potential harms and benefits. *Ann Am Thorac Soc* 2014 Feb; 11(2):236-242.

37. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Neumólogos y Cirujanos Torácicos apoyan que el Gobierno tome medidas sobre el cigarrillo electrónico. 2014; [Acceso 17 de marzo de 2014]. Disponible en: www.separ.es.

38. Palazzolo DL. Electronic Cigarettes and Vaping: A new Challenge in Clinical Medicine and Public Health. A Literature Review. *Front Public Health* 2013 Nov 18; 1:56

39. ¿Qué es la intervención socioeducativa? [Página en Internet]. UPN; 2009 [citado 29 Oct. 2009] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>

Referencias Bibliográficas

40. Arias Carbonell MM, Cano Pozo E, Torres Leiva JE. Estrategias de aprendizaje de los residentes en Medicina General Integral del Centro Oftalmológico "José Martí". Educ Med Súper [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct. 2009]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200010.

41. Zelada K, Troilo M, Petraglia L, Haddad J, Terraza S, Saimovici J. Artículo Especial: El cigarrillo electrónico. 2010.

42. Branch E. National Cancer Institute. 2010.

43. Alonso AR, Pons MAC, Bravo MLS, Jiménez PCL, de Oncología Radioterápica S. Cáncer de pulmón. Biocáncer 1. 2004. [Acceso 19 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.biocancer.com/sites/default/files/Cancer_de_pulmon.pdf

44. Morlés V, Álvarez N, Camino J, Castillo E, Manzanilla O, Nieves F, et al. Sistema nacional de educación avanzada. Caracas: Centro de Estudios e Investigaciones sobre

45. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. Educ Med Súper [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct. 2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es

Referencias Bibliográficas

46. López J, Navarro F, Molina R, Álvarez-Mon M. Cáncer de pulmón no microcítico. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2013; 11(24):1429-1440.
47. Gullón JA, Suárez, Medina A, Martín A, Cabrera C, González J. Carcinoma de pulmón: cambios en epidemiología y supervivencia. Rev. Clin Esp (Barc) 2012; 212(1): 18-23.
48. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 [página en Internet]. La Habana: MINSAP; 2005. [citado 29 Oct. 2010] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://intranet.sld.cu/areas-del-cnicm/servicios-especiales-de-informacion/departamento-de-fuentes-y-servicios-de-informacion/archivo/proyecciones-salud-hasta-2015/proyecciones-de-spc-para-2015-documento-de-trabajo.doc/view>
49. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de trabajo. La Habana: MINSAP; 1999.
50. Turner C, Spinks A, Mc Clure R, Nixon J. Intervenciones comunitarias para la prevención de quemaduras y escaldaduras en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> Educación Avanzada; 2004
51. Ríos Massabot NE, Fernández Viera RM, Jorge Pérez ER. Los registros médicos en Cuba. Rev. Cubana Salud Pub [serie en Internet]. 2005 [citado 29 Oct. 2009]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Referencias Bibliográficas

52. http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/

WHO-NMH-PND-15.5-spa.pdf citado 3-7-2018.

53. <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/viewFile/40/54>

40-222-1-SM.pdf citado 3-7-2018.

54. Rolke HB, Bakke PS, Gallefoss F. Clin Respir J. 2009 Jul;3(3):152-60.(ed.):«[Relationships between hand-rolled cigarettes and primary lung cancer: a Norwegian](#)».

55. Vázquez Treviño, MG. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia: Estado de Tamaulipas, México. Alicante: Universidad de Alicante, 2015.

56. Sem FYC(ed.):«[Resultados de una encuesta realizada en centros de salud de España a fumadores y no fumadores](#)».

57. <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4053/2386>

4053-13559-1-PB.pdf citado 3-7-2018.

58. Ismael Infante, MS. Fitofármacos. Intervención Educativa. Sector La Esperanza. Estado Vargas. Enero - julio 2007. República Bolivariana de Venezuela Misión Barrio Adentro Estado Vargas.