

I.- Introducción:

El tabaco es una de las drogas permitidas que presentan un alto consumo hoy en día a pesar de que la gente conoce que tan dañino es para la salud, es de gran interés el conocer el gran impacto mundial que representa y tomar acciones y medidas para poder disminuir su influencia hoy en día en la población mundial ya que cada vez son más los jóvenes y a menor edad que desean probar sin saber lo nocivo que es.

En un país donde la salud es derecho pleno del pueblo y responsabilidad priorizada del estado, la lucha por elevar el bienestar físico, psíquico, social y espiritual de los ciudadanos no culmina con alcanzar cifras destacadas de expectativas de vida, reducir la mortalidad materno-infantil, controlar las principales enfermedades infecciosas, cumplir un programa de inmunización con amplio espectro, etc. En el país esos objetivos han sido logrados y muchos superan los indicadores de naciones del primer mundo.

Al mantenimiento de esos relevantes índices de salud se suman acciones orientadas al desarrollo de estilos de vida saludables y al incremento progresivo de la calidad de vida, vinculadas con la lucha contra el sedentarismo, la obesidad y los hábitos tóxicos.

El tabaquismo es la adicción al tabaco, en este se encuentran más de 4,000 químicos siendo la nicotina uno de sus componentes más activos; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. (1,2)

Todo comenzó cuando Cristóbal Colón encontró un nuevo continente, donde observó a los aborígenes fumar tabaco en pipas con propósito fundamentalmente religioso y medicinal, práctica que posteriormente fue introducida en Europa. En el viejo continente casi todo el tabaco se consumía en pipas, en forma de puros o como rapé, y más tarde como cigarrillos, de los que cada fumador consume actualmente cerca de mil mensuales, según estadísticas recientes.

Hasta hace poco tiempo, la actitud general de la sociedad era la de que el tabaco aliviaba las tensiones y no producía efectos nocivos. Durante la Segunda Guerra Mundial, por ejemplo, los médicos recomendaban enviar cigarrillos a los soldados aduciendo que, después de todo, nada es más nocivo y destructor que la guerra.

Ya en 1964, un informe elaborado por científicos estadounidenses demostró que fumar es un riesgo para la salud de suficiente importancia como para justificar la necesidad de acciones apropiadas para remediarlo. (3)

La primera medida que se tomó fue incluir en 1964 una advertencia en las cajetillas, esta se reforzó en 1969 hasta quedar así: "Las Autoridades Sanitarias advierten que el tabaco perjudica seriamente la salud". Desde 1971 se prohibió todo tipo de publicidad de cigarrillos en radio y televisión. En las décadas de 1970 y 1980 varias ciudades y estados aprobaron leyes que exigían espacios reservados para no fumadores en los lugares públicos y de trabajo. En febrero de 1990 una ley federal prohibió fumar en todos los vuelos nacionales cuya duración fuera inferior a seis horas. Estas medidas van encaminadas a erradicar este hábito tan perjudicial. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe en el mundo más de 1250 millones de fumadores (2010), la mitad morirán a causa de su hábito, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexo 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, causando más de 10.000 muertes diarias y matando hoy en día a más de 4 millones de personas cada año. Siendo los países en vías de desarrollo los que consumen más del 70% del tabaco mundial. (5,6)

En América, el tabaco causa más defunciones que el SIDA, el abuso de alcohol y drogas, los accidentes del tránsito y la violencia, en conjunto.

Hoy hay más de 100 millones de fumadores en Latinoamérica y El Caribe, siendo para el año 2020 el tabaco causante del 9% de las muertes que se produzcan en

Latinoamérica; en la actualidad más del 30% de los latinoamericanos son fumadores, de estos el 40% son hombres y más del 20% son mujeres. (6)

De seguir con las tendencias actuales, diez millones de personas morirán por causas relacionadas con el consumo de tabaco en todo el mundo en el año 2030 y de ellas, la mitad vivirá en las llamadas naciones en desarrollo.

A pesar de que las defunciones por el consumo del tabaco son prevenibles, por desgracia ese consumo aumenta y acarrea un gran número de muertes por cáncer del pulmón, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas.

Más y más jóvenes comienzan a experimentar con el consumo del tabaco a edades tempranas y se convierten en adictos a la nicotina.

Alarmados por esta situación los cuerpos directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) exhortan a proteger a los niños y adolescentes mediante la aplicación de leyes: reglamentación de la propaganda del tabaco, destina eliminar la venta del producto a menores de edad y establecimiento de programas de prevención eficaces. El tabaco es peligroso para la salud, no sólo porque su consumo lleva con frecuencia a iniciar el de drogas más fuertes, sino porque el producto en sí provoca la adicción a la nicotina, desatando las causas de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y de la muerte prematura de la mitad de los adictos. En estudios científicos se ha documentado la relación que existe entre el consumo de tabaco y más de treinta enfermedades adicionales, tales como: enfermedades cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular, enfermedad obstructiva crónica, cáncer de boca, de esófago, de vejiga urinaria, de cuello uterino. Las madres fumadoras gestantes y lactantes exponen a su hijo, en cada caso, al bajo peso al nacer y al síndrome de la muerte súbita.

También la exposición al humo ambiental del tabaco se ha relacionado con la muerte y la enfermedad. Los estudios de salud infantil revelan una vinculación entre la

exposición al humo del tabaco y las manifestaciones de neumonías, bronquitis, tos, sibilancia, empeoramiento del asma e infecciones del oído medio en los niños.

Las advertencias sobre el riesgo para la salud y la declaración sobre el contenido del alquitrán y de nicotina, están estrechamente vinculados con la educación sanitaria.

Las razones de estos tipos de medidas son las siguientes:

- Advertir como base o punto de partida para un programa de educación sanitaria.
- Dar el respaldo del gobierno y las autoridades sanitarias a una política de lucha contra el tabaquismo y contribuir así al movimiento en pro de una sociedad sin tabaco.

Sabemos que esencialmente cualquier programa dirigido a favorecer la salud de la población debe tener entre sus componentes información, educación, comunicación, medidas legales y vías para propiciar el tratamiento y la rehabilitación, todo ello existe en los programas de prevención que desarrolla el MINSAP.

El hábito de fumar es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. En la lucha contra esta adicción las instituciones estatales de salud, entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad.

El país donde más tabaco se consume es Cuba: 4,000 cigarros y puros anuales por persona. (7)

Según la OMS, las estadísticas del año 2013 en Cuba, muestran que la prevalencia del tabaquismo es del 23.7% de la población adulta correspondiendo al sexo masculino el 31.1% y al sexo femenino el 16.4% y en la población adolescente el tabaquismo presenta una prevalencia del 17.1% siendo de 19,8 % para el sexo masculino y de 15% para el sexo femenino. (8)

En la provincia de Ciego de Ávila la mortalidad registrada durante el año 2016 por enfermedades crónicas no transmisibles fue en el sexo masculino de 671.7 y en el sexo femenino de 574.1 para un total de 623.6 por cada 100000 habitantes, siendo el principal factor de riesgo de estas, el tabaquismo. (9)

En el municipio de Morón hay una prevalencia aproximada de 26%, el grupo de más prevalencia es de 15 a 20, lo que demuestra que este es el grupo etario en el que se produce el inicio del tabaquismo. Las instituciones escolares con más fumadores son el Instituto Politécnico de Economía Félix Varela y el IPU Van Troi. El consumo per cápita esta en los 15 cigarrillos diarios. (10)

Por su importancia y repercusión tanto a nivel biológico, psicológico y social y específicamente en la población del Consultorio del Médico de Familia # 23 se encuentra un gran número de pacientes dispensarizados como fumadores, a pesar de que se infiere que tienen el conocimiento de que es perjudicial para la salud, por tal motivo las posibles causas de este problema son:

- 1.- Utilizarlo falsamente en situaciones estresantes como relajante.
- 2.- Recurrir a fumar por curiosidad.
- 3.- Habituarse al cigarro por aceptación social.
- 4.- Comenzar a fumar en etapa de adolescencia como símbolo de rebeldía y falsa madurez.
- 5.- Por gusto o decisión propia, a pesar de conocer que es dañino para la salud.

Se decide realizar la siguiente investigación teniendo en cuenta que el hábito de fumar se ha ido incrementando en la población y a pesar de su gran divulgación de los efectos negativos que produce, el número de muertes producidas por enfermedades asociadas al tabaquismo ha aumentado y continúa siendo esta uno de los principales factores de riesgo para enfermedades que acontecen hoy en día convirtiéndose en un problema de salud a nivel mundial. Por tal motivo dicho hábito tóxico es de gran interés para el MINSAP, teniendo como actor principal al médico de la familia ya que a través de la promoción y prevención de salud puede influir positivamente en el trabajo sobre este hábito en la población de su comunidad. Por lo que se plantea el siguiente problema de investigación a resolver: ¿Cómo está

caracterizada la población adolescente con adicción al tabaco del CMF 23 del área de salud norte de Morón?

Objeto de la investigación: Proceso salud enfermedad.

Campo de la investigación: La prevención a la adicción al tabaco en los adolescentes.

Objetivo General: Caracterizar a la población adolescente con adicción al tabaco del CMF 23 del área de salud norte de Morón.

Objetivos Específicos:

1.- Fundamentar los elementos teóricos que definen a la comunicación en salud y su relación con la prevención de la adicción al tabaco.

2.- Caracterizar a la población en estudio según:

- Edad.
- Sexo.

3.- Distribuir a la población según:

- Consecuencias del tabaquismo.
- Beneficios de no fumar.
- Fuentes donde obtuvo la información sobre el hábito de fumar.
- Motivos de inicio de la adicción.
- Influencia para el inicio a la adicción al tabaco.
- Daños que ocasiona el tabaco en el medio social.
- Edad de comienzo de la adicción.
- Numero de cigarrillos que fuma al día.
- Quien le facilita los recursos para fumar.

II.- Marco teórico:

2.1- Comunicación Comunitaria en Salud.

Las intervenciones socio comunitarias con la utilización de la comunicación comunitaria en salud mantienen el enfoque profesional del trabajo social, pero van ajustando sus intencionalidades y énfasis según los diversos momentos históricos en cada sociedad. Así, en sus inicios en la década 50 - 60 se orientó a la satisfacción de necesidades colectivas por la vía de estrategias de participación comunitaria; y, en las décadas pasadas entre los setenta y los ochenta, se buscaba una mayor articulación de la intervención comunitaria con el desarrollo o fortalecimiento de los movimientos sociales. Si bien, esta dimensión mantiene una importante vigencia, es necesario hoy incorporar la acción comunitaria en el marco del desarrollo de las capacidades de sujetos y colectividades, a través de una creciente articulación entre las políticas públicas y los territorios o comunidades locales. (10,11)

Las intervenciones comunitarias a través de la comunicación actualmente se sitúan en un campo amplio de intervenciones de trabajo social, abarcando aquellas intervenciones que se orientan a soluciones colectivas con la participación de grupos y comunidades. En este sentido intervención comunitaria no se restringe a aquellas acciones en el marco de un territorio exclusivamente, sino incluye aquellas que se desarrollan en ámbitos institucionales y que afectan o involucran colectivos sociales.

La comunicación comunitaria se va a caracterizar por estar enfocada a la superación de la pobreza, generando el desarrollo de las capacidades de los sujetos y actores sociales y por lo tanto estableciendo mecanismos e instancias de participación social en la solución de temas o problemas sociales, pero que van dirigidas a unir esfuerzos colectivos de ambos mundos, lo institucional y lo comunitario, las políticas sociales y la participación de sujetos y actores sociales (3,11,12,13).

Es necesario entender la comunicación comunitaria en salud desde el desarrollo de los procesos de intervención del trabajo social y de allí las características de la

intervención profesional tienen su expresión en el quehacer en el ámbito socio comunitario.

La intervención profesional de comunicación social en salud debe ser entendida como una unidad, se trata del carácter unitario de la intervención, que coloca la intervención profesional como una práctica integrada situada en un continuo cambio donde los objetivos que orientan la intervención mantienen la misma orientación, que son el desarrollo de capacidades y habilidades en individuos, grupos y comunidades de modo de poder acceder a mayores oportunidades de ciudadanía y bienestar (14,15). En esta perspectiva la intervención profesional opta por el desarrollo de capacidades y habilidades, ya sea a través de intervenciones con individuos o intervenciones colectivas. En este sentido lo individual y lo colectivo son los dos polos de la intervención y entre éstos se desarrolla siempre una relación dialéctica.

Realizar la comunicación comunitaria en salud es una intervención fundada, en un cuerpo de valor, que ha estado siempre presente en el desarrollo profesional, a pesar que puede manifestar ciertas tendencias, en tanto la práctica del trabajo social es abierta al entorno, en relación a sociedad en la cual se desarrolla. Los conceptos sobre la vida, la cultura, la condición humana, bienestar social, justicia social, derechos humanos derivan en principios éticos profesionales, dan sentido a la práctica profesional y orientan la acción. La comunicación comunitaria en salud se basa en una filosofía humanista, en un conjunto de valores sobre la conducta humana y sobre la condición humana. En relación al estado, el mandato de intervenir por los más desventajados, la responsabilidad de las instituciones sociales sobre las necesidades sociales individuales y colectivas. Este componente da cuenta de la ideología y puede ser no enteramente racional ni lógico (15,16). Pero el carácter fundado es a la vez la relación de la práctica profesional con la teoría social, que le otorga el carácter explicativo a los fenómenos sociales que se pretenden transformar. No hay quehacer profesional sin teoría social, las distintas orientaciones que adquiere la práctica profesional se basan en concepciones teóricas específicas y al

respecto el requisito principal es de correspondencia, entre la manera de explicar un fenómeno y las formas de intervenir sobre o en torno a él.

La participación del profesional de la salud en este tipo de comunicación tiene un carácter estratégico y comunicativo, en la medida que desarrollamos una acción planificada que se funda en tres dimensiones principales:

- * Una acción instrumental, que se orienta por reglas técnicas que descansan en un saber empírico (problemas sociales, territorios, historias, organizaciones) a partir del cual es posible elaborar pronósticos desde los sucesos observables; es decir es una intervención que depende - entre otros aspectos - del control eficiente de la realidad objetiva.

- * En segundo lugar, es una intervención que contiene una elección racional, en tanto se orienta por estrategias que descansan en saberes analíticos, que corresponden tanto a deducciones de reglas de preferencia, es decir valores; y, a la vez el análisis de alternativas, fundadas en el conocimiento sobre la situación y los fenómenos que pretenden cambiar.

- * Por último una intervención estratégica en el ámbito comunitario desde la comunicación comunitaria es a la vez una intervención simbólicamente mediada, en el sentido del concepto de acción comunicativa (13,14,15), que supone que los participantes son parte de un proceso cooperativo de interpretación, que permite no sólo compartir una comprensión de los fenómenos y sus alternativas de acción, sino un acuerdo, una coordinación de sentidos en la acción; el acuerdo supone que los actores asienten acerca de la validez de la intervención.

La intervención profesional en la comunicación social en salud es una intervención que se desarrolla desde la reflexión sobre sí misma, interroga lo que hace, interroga lo que comprende, interroga lo que observa. La intervención del profesional de la

salud es un espacio de apertura a nuevas preguntas, ciertamente la reflexión está guiada por preguntas (13). La reflexión es indispensable en la medida que “la práctica profesional de la comunicación social en salud se define por: el carácter único de cada situación; una complejidad irreductible; su inestabilidad, su carácter cambiante; su inevitable grado de incertidumbre y los conflictos de valores que la caracterizan” (16,17).

La comunicación comunitaria en salud es una intervención socialmente legitimada. Si bien hay una legitimidad de intervención en los aspectos sociales, especialmente en aquellos que la sociedad conceptualiza como problemas sociales, conflictos, desorganización / desadaptación social, riesgos; sin embargo, en temas más recientes, que aparecen además con mayores complejidades psicosociales, la legitimidad de intervención no siempre es tal. Se trata especialmente de temas que atañen la vida privada y nos vuelve al antiguo dilema entre libertad y equidad. En el panorama de la comunicación social comunitaria en salud frente a situaciones de conflicto, socialmente se legitiman tres tipos de intervenciones médicas, jurídicas y de asistencia social. Cuando la intervención se organiza sobre problemas sociales, el mandato parece tener una legitimidad mayor, es decir habría cierto consenso, pero mientras la intervención se refiere a prácticas, que se relacionan con comportamientos individuales y colectivos, la legitimidad de intervención desde las instituciones tiene - al menos actualmente - que pasar por ciertas validaciones sociales. De hecho, el trabajo social se despliega desde el mundo de las institucionales, son estas las que fijan ciertos mandatos, a partir de sus respectivas visiones y especializaciones. Toda institución tiene una misión y es en ella que se enmarca la acción del personal de salud y los líderes formales e informales; misión que da cuenta de procedimientos y normas. Un aspecto que puede ser muy importante de analizar hoy es la crisis de las instituciones y la incapacidad creciente que muestran en las posibilidades de regulación social, caso escuela y familia principalmente, en tanto expresión de crisis de socialización. (18,19,24)

El trabajo a través de la comunicación comunitaria en salud coloca al profesional como un actor. El profesional en los procesos de comunicación social es considerado un actor interviniente, que además busca romper la relación sujeto-objeto y que por tanto son más procesos de participación, de comunicación, de coordinación que de intervención. El hecho de reconocer que “estamos implicados en los procesos”, viene por una parte a negar una pretendida relación de neutralidad, y por otra reconocer “un grado de ambigüedad y ambivalencia, el mismo hecho de actuar como experto en un proceso que se pretende horizontal” (18). El asunto es reconocer diferencias y desde allí la convergencia, “cuando observador y observado, sienten que están aprendiendo juntos, cuando vibran en una tarea conjunta y creativa para ambos, aunque lo vivan de manera distinta” (13,18,19,20). Mirada de actores es una mirada de espejos, cada cual mira desde adentro, de sus propios límites y construcciones, pero esencialmente crítico, para evitar caer en los resplandores del babismo. En la intervención del trabajador social encontramos dos sujetos activos, dos orientaciones, cada uno con roles específicos y diferenciados. La no neutralidad reconoce que el profesional vive procesos de involucramiento y que su manera de ser profesional influye, orienta, marca los procesos de intervención. Los psicoterapeutas han desarrollado interesantes alternativas para reconocer y vigilar estos procesos, que van desde el auto conocimiento hasta instancias de supervisión, que permiten al profesional tomar conciencia de sus particulares formas de involucramiento.

Estos sellos marcan el oficio de los trabajadores de la salud y tienen especial relevancia en el trabajo socio comunitario, dada la complejidad de los procesos colectivos de la sociedad moderna actual y el contexto anteriormente reseñado.

Uno de estos complejos problemas a nivel comunitario en nuestro país lo constituye la adicción al tabaco desde edades tempranas, de ahí la necesidad de trabajar en la prevención de la adicción al tabaco ya que es menos complicado trabajar con el que no fuma, que deshabituarse al que lo hace.

2.2- La prevención de la adicción al tabaco en la adolescencia.

El Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna (ICIODI) ejecutó encuestas nacionales con carácter representativo, con el objetivo de precisar la extensión real del hábito de fumar en Cuba en los años 1983, 1984 y 1988. En todas ellas el "fumador actual" fue definido como aquel que fumaba a diario, en el momento de hacerse la encuesta. (23,24,25)

En 1988 la prevalencia del tabaquismo en la población de 17 años y más fue de 53,7% entre los hombres, y en las mujeres de 28,3%.

Los grupos de edades de mayor prevalencia eran de 30 a 39 años y de 40 a 49 años, siendo ligeramente mayor en zonas rurales que en urbanas (42,1% frente a 39,3% respectivamente).

En cuanto a la ocupación, la prevalencia más alta es la de los obreros agrícolas e industriales, con el mayor número de fumadores en zonas rurales. Le siguen en orden decreciente los trabajadores de servicios, dirigentes, jubilados y el personal administrativo y de oficina. La prevalencia de médicos fumadores es alta, pues 3 de cada 10 fuman. (3,11,29)

La prevalencia mayor de mujeres fumadoras se encuentra en Ciudad de La Habana, lo que se corresponde con el desarrollo y la mayor incorporación de la mujer al trabajo, lo que coincide con el progresivo crecimiento observado entre las mujeres fumadoras en los países de mayor desarrollo industrial.

De acuerdo con la encuesta de 1988, el 95% de los fumadores comenzó a fumar antes de los 30 años y de ellos, el 58,5% lo hizo entre los 13 y 17 años, por lo que la prevención del hábito de fumar debe dirigirse de forma más masiva entre la población de adolescentes.

En una encuesta nacional de 1847 estudiantes de 13 a 17 años de edad, mediante un cuestionario autoadministrado (ICIODI 1988), se encontró una prevalencia de tabaquismo del 5,7% (8,1% entre los hombres y 2,9% entre las mujeres). En los hogares, los adultos que respondieron en nombre de sus hijos adolescentes indicaron que la prevalencia del tabaquismo era sólo del 2,8% entre los hombres y 0,6% entre las mujeres. Obviamente, los padres de los adolescentes subestimaron la presencia del tabaquismo entre sus hijos. (6,19,31)

Componentes del cigarrillo:

Hoy día el cigarrillo es el factor de riesgo a la salud más generalizado y con mayor suma de componentes irritantes tóxicos y cancerígenos.

Los fumadores deben conocer que la temperatura del tabaco incandescente (quemándose) es de 300 grados centígrados y cuando se fuma alcanza de 900 a 1100 grados centígrados, mientras que la temperatura del humo que se respira es de 55 a 60 grados centígrados.

Las diferencias de la temperatura del humo respirado y del aire atmosférico actúan de modo destructivo sobre el organismo y, ante todo, sobre el estado del esmalte dental, la mucosa, la cavidad bucal y nasofaringe, por lo que se crean así las llamadas "puertas de entrada" para innumerables microorganismos. Un cigarro encendido es una fábrica química única, que produce más de 4 mil compuestos diferentes, incluidas más de 40 sustancias generadoras directas de cáncer, y en menor grado, 12 sustancias que posibilitan el surgimiento del cáncer en determinadas condiciones. Los más importantes son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono y en general las sustancias irritantes. (32,33)

La nicotina es una sustancia química alcaloide, que al actuar sobre receptores específicos provoca a nivel de la médula suprarrenal secreción de catecolaminas con

los consiguientes efectos deletéreos sobre el aparato cardiovascular como son: elevación transitoria de la presión arterial, vasoconstricción periférica, aumento del automatismo de la célula cardíaca, depresión de la conducción y disminución del umbral de fibrilación ventricular e incremento de la agregación plaquetaria. (8,17)

Las acciones sobre el sistema parasimpático, fundamentalmente, determinan aumento de la secreción del ácido clorhídrico gástrico y disminución de la secreción pancreática de bicarbonato. Esta estimulación aumenta también la velocidad del tránsito intestinal, por lo que los alimentos están menos tiempo en el estómago y duodeno, provocando episodios diarreicos e incluso vómitos. (13,31)

Asimismo, la nicotina actúa sobre el Sistema Nervioso Central como estimulante transitorio, lo que algunos perciben como mayor capacidad de concentración, seguido de depresión del mismo.

La nicotina tiene efecto local irritante sobre las papilas gustativas y la mucosa bucal, con aumentos transitorios de la secreción salival seguido de inhibición, produce a la vez aumento temporal de la glucemia, inhibición de los centros del hambre y sed en el hipotálamo. (5,15,18,19)

Estas acciones farmacológicas de la nicotina la hacen responsable de los síntomas desagradables de abstinencia observadas, lo que la convierte en la sustancia crítica en la dependencia de esta droga socialmente aceptada: el cigarrillo.

El alquitrán es una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo, componente del cigarrillo, que se desprende fundamentalmente de la combustión del papel del cigarrillo y en menor medida, del tabaco. En la composición del alquitrán del humo del tabaco intervienen 38 hidrocarburos aromáticos cíclicos que provocan cáncer, incluidas las nitrosaminas, alíenos aromáticos, isoprenales, pisenos, benzopirenos, crisenos, antracenos y otros. Además, contiene ácidos débiles, que

actúan como cancerígenos, estimulando el crecimiento de los tumores a disímiles niveles. (3,11,27)

Existen testimonios en cuanto a que en las condiciones de clima tórrido el fumador consume más alquitrán del tabaco, es decir, por regla general, fumar cigarrillos más fuertes, con frecuencia sin filtros, y en grandes cantidades. Por ejemplo, Cuba ocupa el tercer lugar en el mundo en cuanto a consumo de cigarros per cápita, además, de que los cigarrillos de mayor consumo son los de tabaco negro, precisamente los de más contenido de alquitrán, aumentando la potencialidad de riesgo para la salud del tabaquismo. (11,15,29)

El monóxido de carbono es un gas incoloro, muy tóxico (es el que se expelle por los escapes de un auto), que se produce en la combustión del tabaco y el papel del cigarrillo. El monóxido de carbono desplaza al oxígeno de la hemoglobina, formando un componente nocivo: la carboxi-hemoglobina. Como resultado de esto se impide un adecuado abastecimiento de oxígeno a células, tejidos y órganos. El monóxido de carbono aumenta el contenido total de colesterol, así como su captación por el endotelio vascular a la vez que disminuye la concentración de lipoproteínas de alta densidad (LDH-C) de conocida acción cardioprotectora. La exposición al monóxido de carbono, la duración de la misma y los niveles de colesterol son factores interdependientes en el desarrollo de aterogénesis. Este gas incide de forma más acusada en el feto, responsable de su bajo peso al nacer y de diversas lesiones en hijos de madres fumadoras. Igualmente, es el factor de mayor responsabilidad en producir enfermedades respiratorias crónicas. (23,24,25)

Las sustancias irritantes son aquellas que directamente dañan las vías respiratorias (tráquea, bronquios, pulmones), provocando hiperplasia e hipertrofia de las glándulas mucosas (lo que explica la tos y esputos abundantes en los fumadores); la inflamación y colapso de las vías aéreas, menores de 2 mm, y la destrucción de las paredes

alveolares de la parte central del lóbulo pulmonar (enfisema centrolobulillar).
(6,33,35,37)

Las sustancias irritantes alteran los procesos de purificación pulmonar, transforma el epitelio cilíndrico de los bronquios en planocelular, contribuye a la aparición de células bronquiales atípicas, elevada secreción de flema, inflamación, hipertrofia de la musculatura lisa y alteraciones inmunológicas que reducen las funciones defensivas del organismo.

Tabaquismo y salud

El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura en países del mundo occidental. Se ha estimado que el 10% de los ingresos hospitalarios son debidos al tabaco.

En Cuba, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan el primero y el segundo lugar respectivamente entre las personas de 50 a 64 años. La causa más frecuente, debida a cáncer, en Cuba es el cáncer de pulmón (16,2 por 100000 en 1988). La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad en Cuba es sobrepasada únicamente por la de los Estados Unidos y el Canadá, en las Américas.

Llama la atención que, entre 30 países desarrollados, Cuba ocupa en cuanto a los hombres, la segunda tasa más alta en cáncer de boca y laringe, la sexta en laringe y la décimo octava en pulmón. En mujeres, la tasa más alta del mundo, en cáncer de boca y laringe y la segunda en pulmón. (25,26,27)

El hábito de fumar condiciona cerca del 80% de todos los casos de muerte por isquemia cardíaca en edades de 35 a 40 años. Entre los hombres de 45 a 54 años que fuman hasta 10 cigarrillos al día, la mortalidad por isquemia cardíaca es de 2,4 veces

mayor que entre los no fumadores. Entre los fumadores de 10 a 39 cigarrillos es de 3,1 veces mayor. (21)

Es alta la probabilidad de la aparición entre los fumadores de lesiones escleróticas cerebrales y de los vasos periféricos, pues después de fumar los cigarrillos el espasmo de los vasos, especialmente periféricos, se mantiene aproximadamente 20 minutos en virtud de lo cual es grande el peligro de la endarteritis, ante todo, en las extremidades inferiores.

El hábito de fumar disminuye significativamente las funciones fisiológicas, siendo la capacidad pulmonar vital, como promedio de 400-600 ml menor en comparación con los que no fuman. (8)

Los fumadores, con más frecuencia que los que no lo son, padecen de tos manifiesta y pertinaz, expectoración, jadeo, respiración entrecortada, estertores sibilantes y disminución de la ventilación pulmonar.

La frecuencia de bronquitis crónica entre los fumadores es de 3-4 veces superior que entre los que no fuman, mientras que la mortalidad por esta causa entre los fumadores es 15-30 veces superior. Los resultados de numerosas investigaciones muestran que 90% de los hombres y 45% de las mujeres con úlceras duodenales fumaban. El hábito de fumar retrasa la cicatrización de las úlceras pépticas y contribuyen a la aparición de recidivas. (8,11,14)

El tabaquismo tiene a largo plazo un efecto retardador sobre la inmunidad celular y hormonal, lo que disminuye las funciones defensivas del organismo, eleva los niveles de IgE y las manifestaciones alérgicas como rinitis, conjuntivitis, asma bronquial, reacción a medicamentos y otras.

El hábito de fumar de las embarazadas aumenta el riesgo de muertes fetales en 28-32%. Con el hábito de fumar están estrechamente vinculados la prematuridad y el bajo peso al nacer. Los niños de madres fumadoras, por regla general, presentan retraso en el desarrollo físico o intelectual. (8).

De la serie de enfermedades directamente relacionadas con el tabaquismo no escapan los fumadores "pasivos", obligados a aspirar el flujo lateral de humo, que contiene varias veces más cantidad de benzopirenos y otras sustancias nocivas que el flujo principal de humo, El hábito "pasivo" de fumar es igual a fumar un cigarrillo cada 3 ó 4 horas, por lo que se someten a los mismos riesgos señalados para el fumador activo.

Enfermedades en que el hábito de fumar aumenta los riesgos:

I- Enfermedades cardiovasculares:

- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad vascular periférica
- Enfermedad cerebrovascular
- Aneurisma de la aorta
- Hipertensión arterial

II- Enfermedades pulmonares:

- Enfisema pulmonar
- Bronquitis crónica
- Neumonía
- Insuficiencia respiratoria crónica

III- Cáncer:

- Pulmón, tráquea, bronquios
- Labio, cavidad oral, laringe

- Esófago
- Vejiga, riñón
- Cérvix uterino

IV- Enfermedades gastrointestinales:

- Úlcera péptica
- Gastritis crónica
- Reflujo gastroesofágico

V- Afectaciones al embarazo:

- Bajo peso al nacer
- Alta mortalidad perinatal
- Placenta previa
- Parto prematuro

Después de conocer todos los efectos negativos que origina el tabaquismo, sólo existe la opción de salirle al paso a esta epidemia, que constituye una forma lenta de suicidio masivo ante una escopeta de perdigones, cuyos proyectiles pueden tocar cualquier sitio de nuestro organismo. (9,11,13)

Edad e iniciación del hábito

Es poco probable que las personas que consiguen abstenerse del tabaco en la adolescencia o primeros años de la vida adulta lleguen a ser fumadoras alguna vez. En la actualidad, la inmensa mayoría de los fumadores empiezan a serlo antes de los 25 años, a menudo en la niñez o la adolescencia, en los países de ingreso alto, 8 de cada 10 fumadores contraen el hábito en la adolescencia. En los países de ingreso medio y bajo de los que se dispone de datos, al parecer la mayoría de los fumadores empiezan a fumar en los primeros años de la veintena, aunque existe una tendencia descender. (8)

Las personas que empiezan a fumar a edades tempranas tienden a hacerse grandes fumadores y corren también mayor riesgo de morir por enfermedades asociadas al tabaco en etapas posteriores de su vida. Por tanto, sería importante saber cuántos niños y jóvenes comienzan a fumar cada día. Aquí intentamos responder a esa pregunta. Utilizamos. (21)

1) Los datos del Banco Mundial sobre el número de niños y adolescentes de ambos sexos que cumplieron 20 años en 1995 en cada una de las regiones del Banco Mundial.

2) Los datos de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevalencia de los fumadores en todos los grupos de edad hasta los 30 años en las regiones citadas.

Para un cálculo superior, estimamos que el número de jóvenes que empiezan a fumar cada día es el producto de 1,2 por región, por cada género. Para un cálculo inferior, redujimos esta cifra según los cálculos específicos de cada región sobre el número de fumadores que se inician en el hábito después de los 30 años.

Hicimos tres suposiciones conservadoras: en primer lugar, que los cambios producidos a lo largo del tiempo en la edad promedio de iniciación fueron mínimos. (23,24,25)

En los varones jóvenes chinos se comprobó recientemente una tendencia descendente en la edad de iniciación, pero suponer que el cambio fue mínimo significa que quizás nuestras cifras suponen una infravaloración.

En segundo lugar, los fumadores habituales, descartando el número mucho mayor de niños que intentan fumar, pero no se hacen fumadores habituales. En tercer lugar, supusimos que los jóvenes que se convierten en fumadores regulares rara vez dejan de fumar antes de llegar a la edad adulta. Si bien el número de fumadores regulares adolescentes que dejan de fumar es importante en los países de ingreso alto, no

ocurre lo mismo en los de ingreso medio y bajo, en los que es muy bajo en la actualidad. (1,23,24,25)

Con estos supuestos, calculamos que la cantidad de niños y jóvenes que adquieren el hábito de fumar oscila entre 14.000 y 15.000 al día en el conjunto de los países de ingreso alto.

En cuanto a los países de ingreso medio y bajo, las cifras varían entre 68.000 y 84.000. Ello significa que, cada día, entre 82.000 y 99.000 jóvenes comienzan a fumar y corren un alto riesgo de hacerse adictos a la nicotina en todo el mundo. Estas cifras son compatibles con los cálculos existentes en los distintos países de ingreso alto. (23,24,30,31)

Materiales y Métodos:

Se realizó una investigación observacional descriptiva con el propósito de caracterizar a la población adolescente con adicción al tabaquismo correspondiente al CMF 23 del área de salud norte de Morón.

El universo de estudio estuvo constituido por 64 adolescentes entre 12 y 15 años de edad del CMF 23 del área de salud norte del municipio de Morón.

Muestra:

La muestra se seleccionó intencional y no probabilística, quedó constituida por 40 adolescentes fumadores que se encuentran entre los 12 y 15 años de edad del CMF 23, del área de salud norte del municipio de Morón.

Criterios de inclusión:

Adolescentes entre 12 y 15 años de edad.

Que sean fumadores o al menos así lo refieran.

Que estén dispuestos a cooperar y tengan el consentimiento de sus padres.

Criterios de exclusión:

Adolescentes mayores de 15 años.

No fumadores.

Se partió de la utilización de los métodos de estudio documental con la utilización de publicaciones seriadas, informes científicos y análisis de programas nacionales y otros programas de referencia internacional que permitieron la sistematización de las teorías sobre el comportamiento humano y en específico el autocuidado de la salud. Esto permitió la elaboración y la aplicación de una encuesta (Anexo 1) dirigida a la identificación de las características de los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la problemática de salud.

Como métodos teóricos: el hipotético deductivo, el análisis y la síntesis y el histórico lógico

Procesamiento de la Información:

El procesamiento de la información fue manual, se realizó la triangulación de la misma comparando la revisión documental con los resultados obtenidos por el autor y los encontrados por otros autores.

Se aplicó como procesamiento estadístico el porcentaje.

Aspectos éticos:

Se da respuesta a los objetivos propuestos en la investigación cumpliendo con los requisitos éticos establecidos para cada paciente del consultorio médico de la familia 23 teniendo en cuenta los principios de la ética médica. Los participantes de forma voluntaria y anónima accedieron a llenar las encuestas, lo que nos dio la oportunidad de evaluar los resultados de la misma.

Operacionalización de las variables

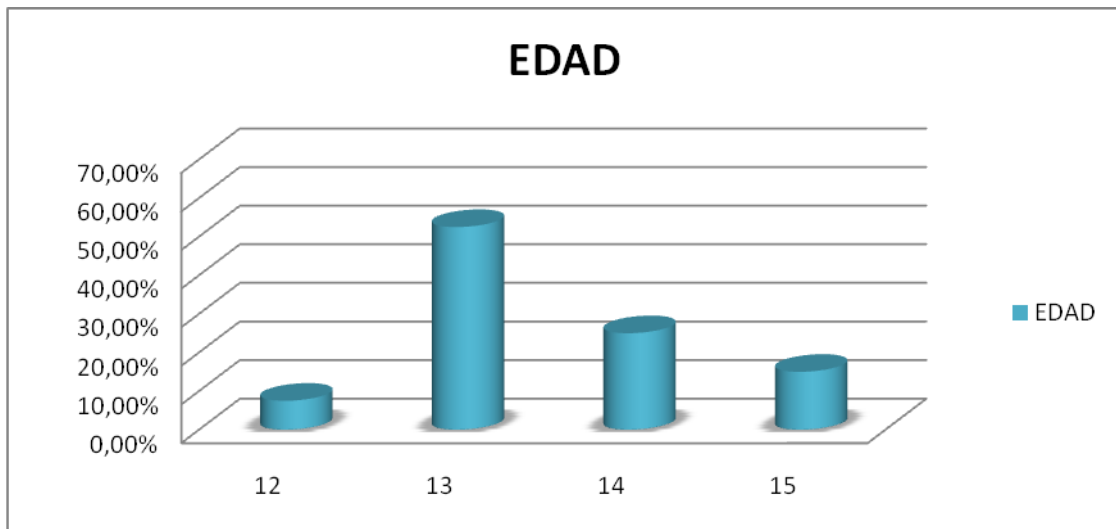
Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa	12 13 14 15	Edad en años según carné de identidad.	Número y porcentaje según grupo de edad.
Sexo	Cualitativa	Masculino Femenino	Se explica por sí sola	Número y porcentaje
Consecuencias de la adicción	Cualitativa	Si conoce No conoce	- Si quien dice saber sobre las consecuencias. - No quien manifiesta que no las conoce	Número y porciento.
Conocimientos sobre los beneficios de no fumar	Cualitativa	Si conoce No conoce	- Si quien dice saber sobre los beneficios de no fumar. - No quien manifiesta que no los conoce	Número y porciento
Fuentes de información a través de los que se ha apropiado de los conocimientos	Cualitativa	Tv. Escuela. Folletos. Radio. Otros.	Según lo identificado	Número y porciento.
Motivos por los cuales inicia la adicción	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Embullo. • Creer que es bueno. • Ser más popular. • Por gusto. • No saben. • Por moda. • Depresión. 	Según lo identificado	Número y porciento.

		<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse hombre o mujer. • Probar 		
Influencia familiar con respecto a la adicción al tabaco	Cualitativa	Si No	Si existe patrón familiar fumador Si no existe patrón familiar fumador	Número y por ciento.
Conocimientos sobre los daños que ocasiona el tabaquismo en el medio social	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Al que fuma. • A los que le rodean. • A ambos 	<p>Quien reconoce las dos formas independientes</p> <p>Quien reconoce la que agrupa las dos anteriores</p>	Número y por ciento
Edad en la que comenzó con la adicción	cualitativa	12años 13años 14años 15años	Se explica por si misma	Número y por ciento
Cantidad de cigarrillos que fuma al día aproximadamente	Cuantitativa	Menos de 10 cigarrillos. Entre 10 y 20 cigarrillos. Más de 20 cigarrillos	Según el grupo donde considera que se ubica.	Número y por ciento
Facilidades económicas para mantener la adicción	Cualitativa	Padres Otros familiares. Amigos. Otras personas	Según selección de quien lo financie.	Número y por ciento

III.-Análisis y Resultados.

A continuación, se exponen los resultados de las técnicas del nivel empírico aplicadas

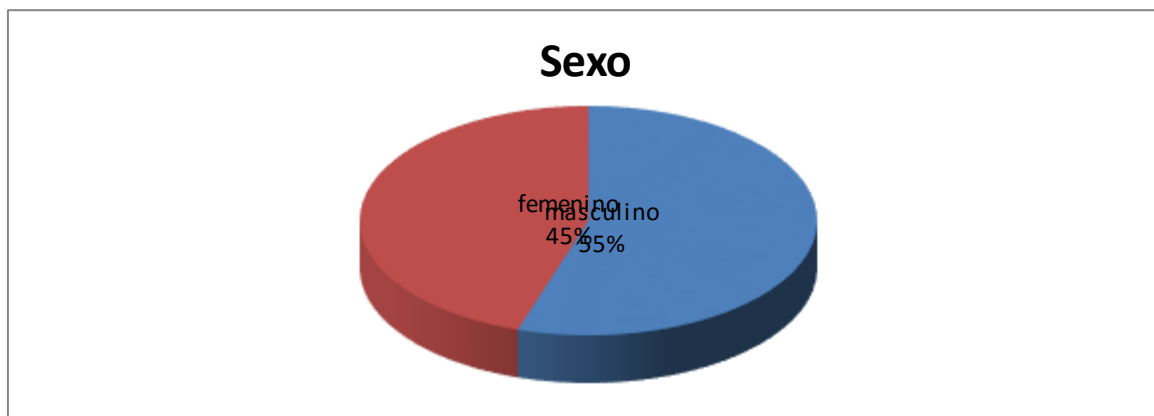
Gráfico 1: Características de la muestra según edad.



Fuente: Encuesta aplicada en la investigación.

La mayor cantidad de encuestados se encuentran entre los 13 y 14 años, siendo este número intencional ya que el propósito es centrar la investigación en las edades en que en nuestro país se ha determinado el mayor número de personas que inician la adicción.

Gráfico 2: Características de la muestra según sexo.



El sexo masculino con un 55% es el más representado ya que la proporción entre hombres y mujeres que fuman siempre es mayor en el sexo masculino.

Tabla 1: Conocimientos de las consecuencias del tabaquismo.

Conoce las consecuencias de la adicción al tabaco.	Total	%
Si	40	100
No	0	0
Total	40	100

Todos manifiestan conocer las consecuencias del tabaco, en el grupo focal realizado, las más mencionadas fueron problemas pulmonares y el cáncer lo que son muy limitados tanto el conocimiento de los daños generales como las consecuencias específicas, otras afectaciones como son las relacionadas con la imagen, el aliento, lo relacionado con el rendimiento sexual, no son mencionados.

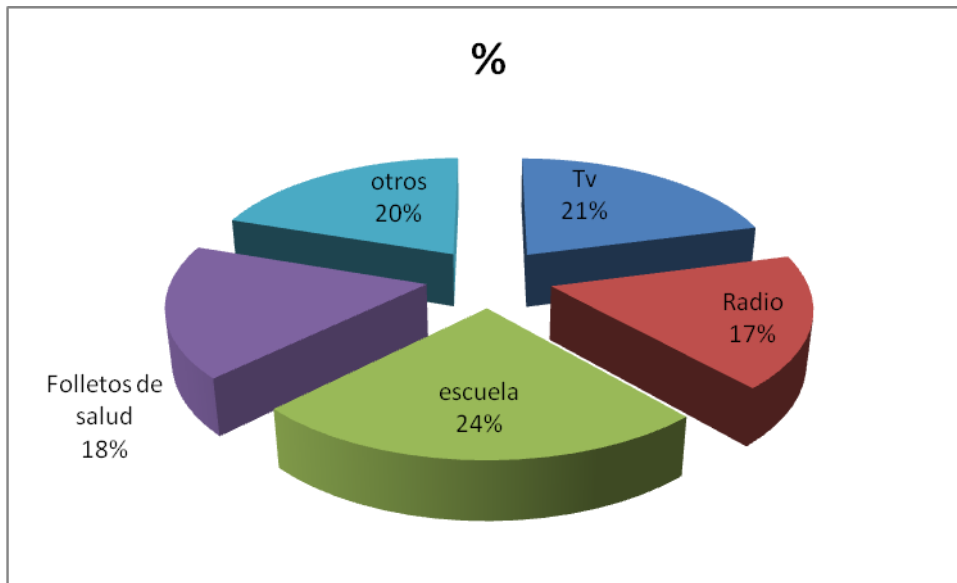
Otra pregunta estuvo relacionada con los beneficios de no fumar para buscar en ellos no solo ver la adicción por lo prejuicios sino por los beneficios es decir desde otra perspectiva.

Tabla 2: Distribución de la muestra según beneficios de no fumar.

Conocen los beneficios de no fumar	Total	%
Si	38	95
No	2	5
Total	40	100

En el grupo focal se plantearon beneficios económicos y para la salud los elementales, pero no se mencionaron los que tienen que ver con la imagen del que fuma, la protección a sus dientes, la mancha de los labios, la de no afectar al fumador pasivo, fueron entre otros los aspectos a los que no se hizo mención por los participantes.

Gráfico 3: Distribución de la muestra según fuentes de información con respecto a la adicción del tabaco.



La información que refieren “conocer” la obtuvieron principalmente por la escuela y la tv, llama la atención que en ninguno de los casos se rebasa el 50% lo que demuestra que la información que aun reciben los adolescentes es insuficiente, es importante ubicar el contexto actual en que se desenvuelven estas edades donde la tv es poco vista si se tiene en cuenta que en la mayoría de los hogares ellos solo utilizan la información enlatada de los paquetes digitales, que pudieran ser una causa de esta desinformación, en el caso de la escuela manifiestan que hay momentos en que les hablan, pero sistemáticamente no son así, además hay maestros que fuman delante de ellos y otros llegan al aula con aliento de cigarros.

Tabla 3: Distribución de la muestra según motivos por los cuales se inicia la adicción:

n=40

Por que inician a fumar	No.	%
Embullo	9	22.5
Creer que es bueno	10	25
Ser más popular	3	7.5
Por gusto	3	7.5
No saben	1	2.5

depresión	7	17.5
Moda	2	5
Sentirse hombre o mujer	11	27,5
probar	2	5

En las respuestas se comprueba que los dominios por las afectaciones de la adicción son evidentes los otros aspectos de sentirse más hombre o mujer es lógico en estudios de la adicción al tabaco en estas edades (13), así como el contagio, son lógicos en la etapa de la vida en que se encuentran.

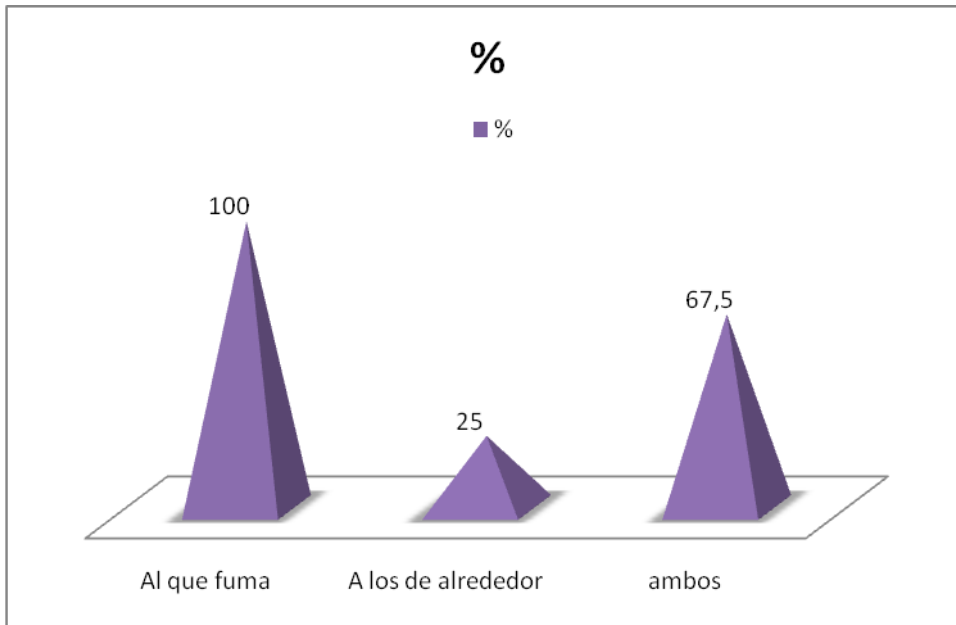
En el grupo focal expresaron los participantes que la gente empieza a fumar por que las personas más cercanas son las que los embullan a fumar, aunque también se refieren a que en la escuela muchas veces entre los compañeros de mayor grado se observa que fuman y dicen que eso lleva a creer que es algo necesario o como símbolo de decir ya soy grande.

Tabla 4: Distribución de la muestra según influencia familiar con respecto a la adicción al tabaco.

Fuman algún miembro de la familia	No.	%
Si	30	75
No	10	25
Total	40	100

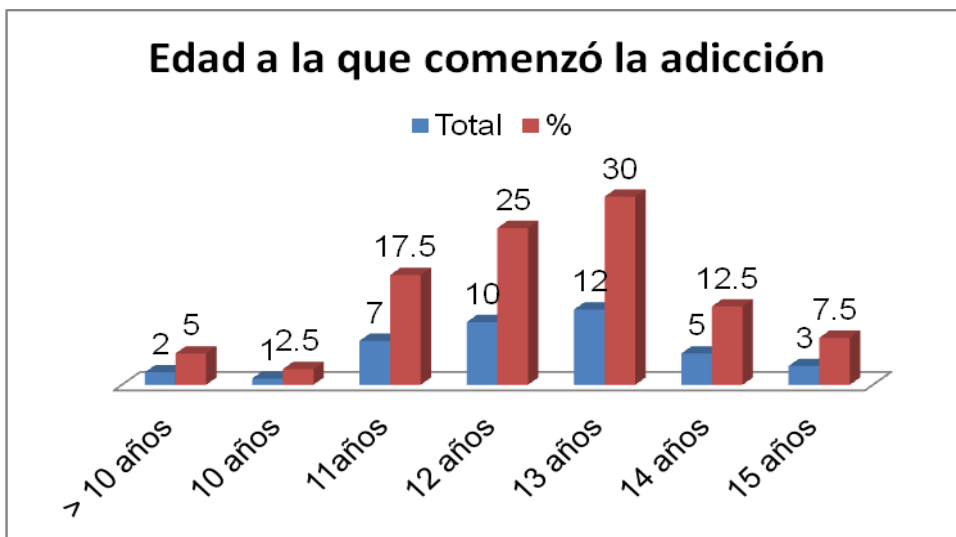
La encuesta nos expone que en relación a la familia que al menos uno de sus miembros fuma en un 75 %. El grupo focal nos lleva a concluir que los padres que fuman producen más tentación a los hijos a querer fumar, que los padres que no fuman ya que nos refieren algunos que muchas veces cuando ven a algún familiar fumando se quedan con la idea de, “si mi padre fuma porque yo no”.

Gráfico 4: Distribución de la muestra según daños que ocasiona el tabaco en el medio social.



Llama la atención que solo el 25% identifican al fumador pasivo, incluso en el grupo focal se corroboró que la minoría entendía lo que era un fumador pasivo, es lógico que un % mayor reconozca que ambos se afectan ya que aquí se incluyen los que plantean que el que fuma.

Gráfico 5: Distribución de la muestra según edad de inicio a la adicción



La edad de inicio a la adicción de la muestra se corresponde con otros estudios realizados en Cuba, como el de la Dra Oria Susana Pérez (2004), que refiere que son las edades entre los 11 y los 13 años las de mayor incorporación a la adicción

coincidente con la entrada en la secundaria y las ansias de independencia de los adolescentes.

Tabla 5: Distribución de la muestra según cantidad de cigarrillos que fuma al día.

Cantidad de Cigarrillos que fuma al día	No.	%
Menos de 10	12	30
Entre 10 y 20	18	45
Más de 20	10	25
Total	40	100

Como se aprecia el 45% fuma entre 10 y 20 cigarrillos al día.

Tabla 6: Distribución de la muestra según quien le facilita los recursos para fumar.

n=40

De quien recibe recursos para fumar	No.	%
Padres	21	52.5
Otros familiares	7	17.5
Se auxilia de los amigos	11	27.5
Otras personas no familiares	1	2.5

Es importante el papel de la familia, ya que la mayoría son financiados por esta de una u otra forma con el 52,5% el 17.5%, llama la atención que el 27,5% lo hace auxiliándose de otros, en el grupo focal quedó claro que lo que sucedía tenía relación con que estos no tenían la aprobación de la familia para fumar, pero si es de prestar atención el papel que está jugando la familia bastante negativa.

Conclusiones:

Podemos concluir con la presente investigación que la etapa de la adolescencia es la más propensa de inicio a la adicción del tabaquismo, demostrado en la muestra estudiada ya que la mayoría de este grupo fuma un alto número de cigarros al día y la familia, lejos de apartarlos de estos malos hábitos, es la principal fuente de financiamiento para acceder a la compra de los cigarros.

Referencias Bibliográficas:

1. Ahumada, Jaime, 1998 “El proceso de descentralización” en “Chile en los Noventa” Toloza, Cristian y Lahera, Eugenio (editores), Dolmen Ediciones, Santiago de Chile.
2. Austin, M.J. y Hassett, S. 1997, “Service integration: something old and something new” en *Administration in Social Work*, vol. 21, n° 3/4, New York, The Haworth Press, Inc.
3. Bengoa, José, 1996, “La comunidad perdida: ensayos sobre identidad y cultura: los desafíos de la modernización en Chile”. Ediciones SUR, Santiago de Chile.
4. Calderón, Fernando, Hopenhayn, Martín y Ottone, Ernesto, 1993, “Hacia una perspectiva crítica de la modernidad: las dimensiones culturales de la transformación productiva con equidad”, CEPAL, Documento de Trabajo, N°21, 1993, Santiago de Chile.
5. CEPAL Evolución reciente de la pobreza en Chile, CEPAL, LC/R. 1773, Santiago, diciembre 1997.
6. CEPAL, Panorama Social de América Latina, Santiago de Chile, 1997.
7. Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza, 1996, “La Pobreza en Chile: un desafío de equidad e integración social”, Santiago.
8. Cox, Fred. M 1995, “Community Problem Solving: a guide to practice” en *Strategies of Community Intervention*, Rothman, Erlich y Tropman (editors) 5° edición, Peacock pub. Itasca, Illinois, USA.

9. De Robertis y Pascal, 1994 "La intervención colectiva en trabajo social: la acción con grupos y comunidades" Edit. Ateneo, Buenos Aires.
10. Dockendorf, 1997. "El caso de Chile" en "Pobreza Urbana y Descentralización", Urzúa, R. (Editor), CAPP, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
11. Espinoza, Vicente, 199 "Redes sociales en la superación de la pobreza", Revista de Trabajo Social, N° 66. Universidad Católica de Chile, Santiago,
12. Franco, Rolando, "Paradigmas de la Políticas Social en Chile", en R. Urzúa, "Cambio Social y Políticas Públicas", U. de Chile, Santiago, 1997
13. Henderson, Paul y Thomas, David, 1992. "Savoir faire en développement social local". Bayard Editions, Francia.
14. Habermas, J. 1990 "Ciencia y Tecnología".
15. Hardy, Clarisa, 1997, "La Reforma Social Pendiente", Las Ediciones de Chile 21, Santiago de Chile.
16. Kettner, Moroney y Martin, 1996 "Designing and Managing Programs", Sage Publication.
17. Kliksberg, Bernardo. 1995 "Problemas Estratégicos en la Modernización del Estado" en Reyna, José Luis (compilador) "América Latina a fines de siglo". FCE, México.

18. Marti Costa, Sylvia and Serrano - García, Irma 1995 "Needs assessment and community development". En *Strategies of Community Intervention*, Rothman, Erlich y Tropman (editors) 5° edición, Peacock Pub. Itasca, Illinois, USA.
19. Martínez, Javier y Palacios, Margarita, 1996. "Informe de la Decencia" Ediciones SUR, Santiago de Chile.
20. MIDEPLÁN, Casen 1996, Santiago de Chile.
21. MIDEPLÁN, Evolución de la pobreza e indigencia en Chile, 1987 - 1996. Documentos Mideplán, Santiago, enero, 1998.
22. Parsons, Ruth, Hernández, Santos y Jorgensen, James, 1995. "Integrated practice: a framework for problem solving" en *Strategies of Community Intervention*, Rothman, Erlich y Tropman (editors) 5° edición, Peacock Pub. Itasca, Illinois, USA.
23. Rayo, Gustavo y de la Maza, Gonzalo, 1998 "La acción colectiva popular urbana". En *Chile en los noventa*, Lahera y Tolosa (editores), Dolmen Ediciones, Santiago de Chile.
24. Rothman; Jack, 1995 "Approaches to community intervention", en *Strategies of Community Intervention*, Rothman, Erlich y Tropman (editors) 5° edición, Peacock Pub. Itasca, Illinois, USA.
25. Sabatini, Francisco, 1996 "Barrio y Participación", Ediciones SUR, Santiago de Chile.

26. Soufflé, F. 1993 "A metatheoretical framework for social work practice", en *Social Work*, vol 38. N° 3, mayo 1993.
27. Sullbrandt, José 1997, "La gerencia de políticas y programas sociales", en *Cambio Social y Políticas Públicas*, Raúl Urzúa, (editor). U Chile, Santiago.
28. Torres, Alfonso, 1995 "Educación y Pedagogía en las Experiencias Organizativas Populares, en *La Piragua*, CEAAL, N°11, Santiago
29. Urzúa, Raúl, 1997, "Globalización, modelo económico y transformación social: una mirada parcial", en Urzúa, R. (Editor) "Cambio Social y Políticas Públicas", U. Chile, Santiago.
30. Villasante, T. "De los movimientos sociales a las metodologías participativas" en *Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Editores J.M. Delgado y J. Gutiérrez. Proyecto Editorial Síntesis Psicología. Madrid.
31. Zúñiga, Ricardo, 1994. "L'evaluation dans l'action", PUM, Canadá.
32. Zúñiga, Ricardo, 1994, "Plannifier et evaluer l'action social" PUM, Canadá.
- 33.1.- S/A Tabaquismo [página en internet]. [Actualizada 20 Oct 2013; citada 3 mar 2014]. [aprox. 1 p.]. Disponible en:<http://es.wikipedia.org/wiki/Tabaquismo>.
34. Medline Plus La nicotina y el Tabaco [página en internet]. [Actualizada 31 Oct 2013; citada 3 mar 2014]. [aprox. 1 p.]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

- 35.3.- Reyes Salas Marlenin. Terapia floral y tabaquismo [página en internet]. [Actualizada 2012; citada 12 nov 2013]. [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.conalasybies.com.ar/newsletters/terapia_floral_tabaquismo.htm
- 36.Fernández Mauricio Hábito de fumar [página en internet]. [Actualizada 8 mayo 2010; citada 3 mar 2014]. [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/habito-de-fumar.html>
- 37.S/A Tabaquismo [página en internet]. [Actualizada 20 Oct 2013; citada 3 mar 2014]. [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tabaquismo>
- 38.S/A El tabaco en... [Página en internet]. [Actualizada 6 Mar 2010; citada 3 mar 2014]. [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.cnjaen.es/tabaco/estadisticas.htm>
- 39.Montero Víctor Datos estadísticos sobre el consumo de tabaco en el mundo [página en internet]. [Actualizada 9 Jun 2010; citada 3 mar 2014]. [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://holismoplanetario.wordpress.com/2010/06/09/datos-estadisticos-sobre-el-consumo-de-tabaco-en-el-mundo/>
40. Panamerican Health Organization Cuba Cáncer 2013 Profile [página en internet]. Washington [actualizada 2011; citado 12 nov 2013] [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/>
- 41.Anuario Estadístico de Salud 2012 [página en internet]. La Habana: MINSAP [Actualizada abril 2013; citado 12 nov 2013] [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
- 42.Informe anual del 2013 del Departamento de promoción y prevención de salud
- 43.Morales Mas, Carlos V. Programa de comunicación social en salud para el comportamiento responsable ante las ITS y VIH-SIDA en la comunidad universitaria de Ciego de Ávila [tesis]. Ciego de Ávila, 2006.