



INSTITUTO SUPERIOR DE CULTURA FÍSICA

MANUEL FAJARDO

*El ejercicio físico en la rehabilitación de fumadores del
Consejo Popular “La Juanita”*

TRABAJO DE DIPLOMA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN CULTURA FÍSICA.

AUTOR: Amed Machín González.

TUTOR: Dr.C. Jorge Luis Menéndez Díaz.

CIUDAD DE CIENFUEGOS

Año: 2008



Hago constar que el presente trabajo fue realizado en la Universidad de Cienfuegos como parte de la culminación de los trabajos en la especialidad Cultura Física; autorizado a que el mismo sea utilizado por la institución para los fines que estime convenientes, tanto de forma parcial como total y que además no podrá ser presentado en evento ni publicado, sin la aprobación de la Universidad.

Firma del Autor

Los abajo firmantes certificamos que el trabajo ha sido revisado según acuerdo de la dirección de nuestro centro y el mismo cumple los requisitos que debe tener un trabajo de esta envergadura, referido a la temática señalada.

Computación
Nombres y Apellidos. Firma

Información Científico – técnica
Nombres y Apellidos. Firma

Sistema de Doc. de Proyectos.

Nombres y Apellidos. Firma

Firma del Tutor.

Nombres y Apellidos. Firma

PENSAMIENTO

El pujante movimiento deportivo continuara desarrollándose y elevándose su calidad y masividad, para llevar a nuestro pueblo trabajador y a las nuevas generaciones de jóvenes y niños los bienes inapreciables de la recreación y la salud.

Fidel

DEDICATORIA

A nuestra aguerrida Revolución, mi más sincero agradecimiento por hacer posible este gran sueño.

A mi mamá, abuela, hermano, primo, mi novia en fin a toda mi familia por haberme apoyado en el transcurso de mi carrera. A todos los profesores de la Facultad de Cultura Física que de una forma u otra contribuyeron a mi formación como profesional.

A mi tutor. Dr.C Jorge Luis Menéndez, que sin su apoyo no hubiese sido posible la realización de esta investigación.

AGRADECIMIENTO

A mi tutor Dr.C. Jorge Luis Menéndez Díaz por su de dedicación en este valioso trabajo.

A todas las personas que de forma directa o indirecta han sido capaces de cooperar conmigo en la realización de este trabajo.

INDICE

I- INTRODUCCIÓN.

1.1- Introducción.....	8
1.2- Problema.....	11
1.3- Fundamentación.....	11
1.4- Objetivos.....	12
1.5- Hipótesis.....	12

II- DESARROLLO.

2.1- Resumen bibliográfico.....	13
2.2- Metodología.....	25
2.2.1- Selección de sujetos.....	25
2.2.2- Métodos y procedimientos.....	26
2.3- Técnicas estadísticas y procedimientos para el análisis.....	29
2.4- Análisis de interpretación de los resultados.....	31

III- CONCLUSIONES.

3.1- Conclusiones.....	37
3.2- Recomendaciones.....	37

IV- BIBLIOGRAFÍA.

V- ANEXOS.

RESUMEN

Teniendo en cuenta la prevalencia elevada del hábito de fumar en Cuba, que abarca varios millones de personas y específicamente en la provincia de Cienfuegos donde alcanza una cifra de más de 70 000 afectados por este fatal hábito, se hace necesario la aplicación de un plan de rehabilitación a pacientes con esta toxicomanía, que por encontrarse laborando no pueden acudir a las áreas terapéuticas. El presente trabajo investigativo tiene como finalidad determinar la influencia del plan de rehabilitación mediante ejercicios físicos en los pacientes fumadores del Consejo Popular “La Juanita” en el municipio de Cienfuegos. Con el fin de llegar al diagnóstico de la enfermedad de estos pacientes nos auxiliamos del médico, así como de datos clínicos que aparecen registrados en los consultorios médicos de la familia del consejo popular. Para el desarrollo de esta investigación fue utilizado el total de la población de fumadores del Consejo Popular, los que fueron sometidos a una entrevista, así como mediciones de diferentes variables. Posteriormente le fue aplicado un plan de ejercicios físicos de rehabilitación realizados en horas de la mañana con una frecuencia de tres veces por semana y una duración de 30 minutos, durante un periodo de 6 meses. Todo lo anterior trajo consigo una reducción del hábito de fumar en un gran por ciento de la muestra, así como existieron cambios positivos en el resto de las variables, comprobándose que a través del ejercicio físico disminuye tan fatal hábito.

I INTRODUCCION

1.1 Introducción.

El tabaco se usaba por la población indígena, fundamentalmente por sus efectos farmacológicos de elevadas dosis de nicotina y desempeñaba un papel importante en las prácticas mágicas y curativas que formaban parte de su vida espiritual. Antes del descubrimiento de las Américas el tabaco era desconocido en el viejo continente. A partir del siglo XVI, el hábito se extendió progresivamente por Europa, pero hasta el Siglo XIX fue una conducta minorista e incluso elitista. En esta época el tabaco se consumía aspirando el polvo por la nariz en forma de Rape, masticando o fumando cigarros puros o pipas. La situación cambió radicalmente a partir del momento que los procedimientos industriales permitieron la fabricación de cigarrillos manufacturados. La primera industria de este tipo se estableció en Cuba en 1840. En los años siguientes las industrias proliferaron en diversos países y poco a poco se extendió en los países occidentales. (1, 2, 3, 4).

Al extenderse el consumo aparecieron las primeras sospechas sobre el papel del tabaco en la etiología de diferentes enfermedades, las cuales se vieron confirmadas con estudios epidemiológicos observacionales llevados a cabo en los años 50 en Inglaterra, Estados Unidos y Canadá, quedando así establecido el papel del tabaco en la etiología de una amplia gama de enfermedades. En los años siguientes, las pruebas disponibles sobre la magnitud del problema han crecido considerablemente, demostrando así, al estudiar los aspectos clínicos, epidemiológicos y la de diferentes enfermedades. Estas investigaciones, que en la actualidad han cobrado notablemente auge, toman mayor importancia médico social si tenemos en cuenta que el tabaquismo es responsable de aproximadamente el 80 por ciento del exceso de mortalidad relacionado con Cardiopatía Coronaria, otras enfermedades cardiovasculares, Cáncer del Pulmón, Bronquitis Crónica, Enfisema y Asma, es responsable del 90 % de todos los casos de Cáncer del Pulmón, el 75 % de los casos de Bronquitis Crónica y Enfisema Pulmonar y el 25 % de todos los casos de Cardiopatía Isquémica entre los hombres menores de 65 años de edad. Las otras afecciones responsables del exceso de mortalidad (Cáncer de Laringe, de Cavidad Bucal, Esófago y de Vejiga Urinaria, y

Úlceras Pépticas), son responsables del 20 % (3). El hábito de fumar es por tanto una consecuencia evitable de insuficiente salud y mortalidad prematura en los países en que está muy propagado. Diversos investigadores han propuesto sus criterios sobre las consecuencias adversas del tabaquismo. (2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14).

En muchos países el hábito de fumar provoca más muertes prematuras que las ocasionadas en su conjunto: el SIDA, la drogadicción, el alcoholismo, los accidentes del tránsito, los homicidios, suicidios e incendios. (12).

Las expectativas de vida están disminuidas en los fumadores de cigarrillos los cuales se estiman que pierden 5.5 minutos de vida por cada cigarrillo fumado. Se ha calculado que el consumo de cigarrillo es responsable actualmente de más de un millón de muertes, cifra equivalente a la población de varias ciudades. (2, 11).

En Cuba el tabaquismo constituye un importante problema de salud y uno de los mayores peligros que entraña, es la tendencia a incrementarse incluso en los sectores más jóvenes de la población que por lo tanto se verán afectados prematuramente.

En Cienfuegos se ha venido realizando un programa de intervención sobre factores de riesgo que se relacionan con las enfermedades crónicas no transmisibles, nombrado Proyecto Global de Cienfuegos. (13). Es precisamente el tabaquismo uno de los factores de riesgo más mencionado y relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles. (14, 15).

Independientemente del trabajo extraordinario llevado a cabo por el sistema de salud debemos destacar el importante y no menor esfuerzo que realiza el Instituto Nacional de Deporte Educación Física y Recreación (INDER) que mediante sus áreas terapéuticas y Departamentos de Cultura Física, han elaborado programas de rehabilitación para pacientes con diferentes afecciones, entre los que encontramos los fumadores.

Muchos de estos tratamientos de rehabilitación son llevados a cabo dentro del horario laboral, lo que no permite que toda la población trabajadora que necesite de ello tenga acceso al mismo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, así como la imposibilidad que tienen los mismos de acudir a un área de rehabilitación, fue propuesta la aplicación de un plan de ejercicios físicos dirigidos a pacientes fumadores del Consejo Popular “La Juanita” del municipio de Cienfuegos.

1.2 Problema Científico:

¿Como reducir el hábito de fumar en la población del Consejo Popular “La Juanita” del municipio de Cienfuegos?

1.3 Fundamentación del Problema Científico:

El gobierno revolucionario ha hecho todo lo posible para tratar de evitar o reducir el hábito de fumar. Muchos han sido los programas que en la televisión han estado encaminados a reducir en gran medida este fatal gusto.

Hace más de 20 años las áreas terapéuticas trabajan en este sentido, pero como su fundamento desde su creación ha sido la atención a las personas necesitadas de rehabilitación física en alguna patología. Aunque los intentos son realizados a diario, aun no les permite llegar a toda la población.

Por todo lo anterior es que se considera prudente aplicar un plan de intervención mediante ejercicios físicos que permita atender a la población fumadora del Consejo Popular “La Juanita”.

1.4 Objetivos:

1. Determinar la influencia del plan de rehabilitación mediante los ejercicios físicos, en la población fumadora del Consejo Popular “La Juanita” del municipio de Cienfuegos.
2. Relacionar el hábito de fumar con las variables de estudio. (peso corporal, volumen de espiración forzado y tensión arterial).
3. Analizar el comportamiento de los sujetos según la encuesta realizada.

1.5 Hipótesis:

Con la aplicación de un plan rehabilitador mediante ejercicios físicos en la población fumadora del Consejo Popular “La Juanita” se reducirá el hábito de fumar.

Variables:

INDEPENDIENTE: Plan de intervención mediante ejercicios físicos.

DEPENDIENTE: Hábito de fumar.

II DESARROLLO.

2.1 Resumen Bibliográfico.

Un gran número de epidemia invaden las calles y dejan un saldo anual de millones de muertes, sólo en las Américas, una plaga ante la cual la ciencia es débil porque la dependencia es fuerte y una industria poderosa la promueve. En este caso el flagelo es el tabaco, y es difícil de controlar. (7)

En la región de las Américas, el tabaco causa más muertes que el SIDA, el alcohol, el abuso de drogas, los accidentes de tránsito y la violencia combinadas. “Y las muertes por uso del tabaco son totalmente evitables”. (9)

El tabaco es una planta de la familia botánica llamada Solanáceas; son dos las especies que se cultivan para su comercio: la Nicotiana tabacum y la Nicotiana rustica

El tabaco es un vegetal de tipo arbustivo, pero alcanza entre 1 y 3 metros de altura, produce de 10 a 20 hojas muy grandes con una forma parecida a la punta de una lanza, las flores pueden ser blancas, rosadas, rojas o violáceas. Sus hojas contienen un alcaloide, la Nicotina, esta es tóxica y puede producir alteraciones en la circulación y en los pulmones del ser humano, en ocasiones se ha utilizado como insecticida. (11)

Las hojas de tabaco son secadas y fermentadas, posteriormente con ellas se fabrican cigarrillos, cigarros, tabaco de pipa, tabaco masticable y rapé para aspirar o inhalar. El tabaco contiene miles de químicos venenosos, el más conocido es la Nicotina. La Nicotina es una droga adictiva y estimulante muy tóxica, que incluso puede producir la muerte a un hombre de peso normal cuando hay más de 50 mg en el aparato circulatorio. Cuando una persona fuma un cigarrillo, cigarro o pipa, la nicotina que se encuentra en el humo entra en los pulmones y pasa a través del tejido celular hacia el torrente sanguíneo, de ahí llega rápidamente al cerebro, una vez allí la nicotina actúa sobre el sistema nervioso produciendo una excitación seguida de depresión. Después de sólo algunas picadas de cigarrillo la nicotina hace que el corazón lata más rápido, y dificulta el funcionamiento de los pulmones, estómago y de los riñones. (11 y 13)

El tabaco es conocido por la civilización occidental desde finales del siglo XV, en que se observó su uso por los aborígenes del Caribe durante el descubrimiento de América; rápidamente comenzó su extensión por Europa y otras partes del mundo, aunque su cultivo, procedimiento y comercialización siguieron su proceso de desarrollo relativamente lento, comparado con la explosión de su producción y consumo actual. (16)

El incremento del hábito de fumar en el presente siglo está íntimamente relacionado con el incremento de la industrialización del tabaco, la accesibilidad del producto, la propaganda cuidadosamente dirigida hacia el aumento de su consumo y otros factores. (14, 15 y 16)

El tabaquismo es la principal causa de muerte previsible en el mundo, si embargo, muchas personas, sobre todo niños y jóvenes, se inician cada año en el hábito del tabaco y otras continúan fumando. (17)

La nicotina tiene propiedades adictivas como cualquier otra droga, por eso es difícil dejar de fumar, se han identificado más de 4000 sustancias en el humo del cigarro. Casi todas son carcinógenas, como las ciliotixinas, que dañan los cilios encargados de barrer el moco en las vías respiratorias y los aceleradores tumorales que provocan le favorecen el crecimiento de estos una vez que aparecen. (17)

Un gas presente en el humo del cigarro llamado monóxido de carbono se une a la hemoglobina y le impide transportar oxígeno. El humo del cigarro es un aerosol incompleto y es más dañino para el que rodea al fumador que para este, ya que al menos cuenta con la protección del filtro, muchos niños con enfermedades respiratorias crónicas son rebeldes a tratamientos porque son hijos de fumadores y su aparato respiratorio se encuentra constantemente agredido. (18)

Al compararlos con quienes no fuman los fumadores tienen tasas de mortalidad 70 veces más altas, las principales causas de muerte en los fumadores son la enfermedad coronaria y el cáncer de pulmón. Los fumadores tienen mayores tasas de discapacidad debido a enfermedades crónicas como enfisemas. Hay una relación directa perfectamente establecida entre la edad de inicio en el fumar, el número de cigarrillos fumados por día, el número de años durante los que ha fumado y lo profundo de la inhalación. (14 y 15)

La sangre llega al cerebro y con ella la nicotina que en muy pocos segundos alcanza el sistema central. Las neuronas se activan por la nicotina, esto da como resultado la sensación de ansiedad que se produce en los fumadores. La nicotina que logra atravesar baja a través de la faringe hasta los pulmones. (16 y 17)

El humo del tabaco disminuye la capacidad aeróbica, la nicotina es absorbida rápidamente por la sangre a través de los alvéolos. La nicotina daña esos tejidos y aumenta el riesgo de un accidente coronario. La nicotina mezclada con la sangre oxigenada llega al corazón y es bombeada a todo el organismo. (18)

La relación con la depresión es poco clara, sin saberse si una conduce a la otra. El hecho es que los deprimidos fuman más. Estudios a largo plazo han mostrado que los fumadores tienen mayores problemas de disfunción sexual, osteoporosis en las mujeres, y arrugas faciales en ambos sexos. Se atribuyen casos de esterilidad o concepción retardada al cigarrillo. (17 y 18)

Algunos estudios atribuyen al tabaquismo durante el embarazo los problemas conductuales e intelectuales de los niños a largo plazo, lo que está demostrado para el alcohol y muchas drogas ilegales. El tabaco eleva el colesterol y la tensión arterial, que predispone a la enfermedad coronaria y al infarto al miocardio. El colesterol tapa las arterias, la hipertensión las rompe, y como debido a esto la sangre no llega algunas áreas del corazón se produce la muerte de esta área: infarto. (19)

La epidemia del tabaquismo constituye una crisis de dimensiones impactantes. Los hechos hablan por sí mismos. Cada año, el tabaco causa 3 millones 500 mil muertes alrededor del mundo. En otras palabras, 10 mil muertes diarias.

Basado en las tendencias actuales, las cifras aumentarán a 10 millones de personas anualmente entre el 2020 y 2030, de las cuales 7 millones tendrán lugar en países en desarrollo.

Con el tabaquismo prolongado, los fumadores tienen una tasa de mortalidad aproximadamente tres veces mayor que la de los no fumadores a todas las edades a partir de la adultez temprana. En general, quienes comienzan a fumar en la adolescencia y lo siguen haciendo con regularidad tienen un 50% de riesgo de morir a causa del tabaco. Y la mitad de estos morirá a edad media, antes de los 70 años, con una pérdida de unos 22 años de esperanza de vida normal. Por tanto, una persona que ha fumado a lo largo de su vida tiene igual probabilidad de morir como resultado directo del uso del tabaco como por todas las demás causas potenciales de muerte combinadas. (22)

El tabaco es la causa conocida o probable de alrededor de 25 enfermedades, y la escala de su impacto en la carga global de afecciones aún no se puede apreciar. Por ejemplo, el tabaquismo es la causa más importante del cáncer de pulmón, pero también interviene en: enfermedad del corazón, infarto, enfisema, tuberculosis, neumonía e influenza, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, arteriosclerosis y aneurisma aórtica, entre otras. (23 y 24)

El hábito de fumar es la mayor epidemia provocada por el hombre en nuestros días, la cual trae consigo la mayor utilización de tierras en su cultivo, pudiéndose emplear en la producción de alimentos; que tan necesarios son, además el curado de las hojas de tabaco exige calor, que se obtiene quemando petróleo; o madera; todo lo cual conduce a la deforestación; a la erosión del suelo y a la desertificación. (21)

En la extensión del hábito de fumar tabaco se han descrito las siguientes etapas: Entre 1910-1920 el consumo de cigarrillos aumentó bruscamente entre jóvenes del sexo masculino, tendencia que se ha mantenido hasta el presente; entre 1950-1960 se produjo la explosión del hábito de fumar entre las mujeres, a partir de 1960, el grupo en el que más se ha incrementado el hábito es en las mujeres jóvenes. (24)

Se ha calculado que el tabaquismo es responsable del 90% de todos los casos de cáncer de pulmón y del 75% de los que padecen cardiopatías isquémicas menores de 65 años. (23)

El tabaquismo es en múltiples países la principal causa evitable de enfermedad y produce más muertes precoces que las que provocan el SIDA, la drogadicción, el alcoholismo, los accidentes de tránsito, los incendios, los homicidios y los suicidios. (21 y 22)

Estudios sobre la mortalidad han indicado lo siguiente (hombres de 45 a 64 años): 111 329 defunciones por 100 000 habitantes entre fumadores y 708 defunciones por 100 000 habitantes entre los no fumadores. (18 y 19)

Mortalidad por todos los tipos de cáncer: 267 defunciones por 100 000 habitantes entre los fumadores y 125 defunciones por 100 000 habitantes entre los no fumadores. (20)

Mortalidad por cáncer de pulmón: 27 defunciones por 100 000 habitantes entre los fumadores y 11 defunciones por 100 000 habitantes entre los no fumadores. (20)

Mortalidad por cardiopatía isquémica: 615 defunciones por 100 000 habitantes entre los fumadores y 304 defunciones por 100 000 habitantes entre los no fumadores. (20)

Violencia, Accidente y Suicidios: 72 defunciones por 100 000 habitantes entre los fumadores y 60 defunciones por 100 000 habitantes entre los no fumadores. (20)

Los fumadores son más propensos a padecer las consecuencias de la llegada de las bajas temperaturas, especialmente si padecen afecciones en las vías respiratorias, cuyas consecuencias producen la muerte de 10 millones de personas por año en el mundo. (24)

Según la revisión bibliográfica se encontró que el tabaquismo es un serio problema de proporciones epidémicas y básicamente una cuestión de comportamiento, un estilo de vida con riesgo mortal a largo plazo. (22 y 23)

El estilo de vida y los patrones de conducta personal son los principales factores determinantes de la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares y los tumores malignos. Y los factores de riesgo de estas enfermedades, como el uso del tabaco, se han generalizado más con la creciente urbanización y los cambios del estilo de vida, sin embargo, casi todas las actividades de prevención primaria de las enfermedades está orientadas todavía hacia las enfermedades infecciosas y agudas, o a los problemas de la salud materno-infantil, a medida que se controlan dichos problemas de salud, aumenta la longevidad y la población envejece, lo cual constituye el período de “TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA”, en el cual las enfermedades crónicas no transmisibles desplazan a las infecciosas como principal causa de morbilidad y mortalidad. (16)

La epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, particularmente de cáncer de pulmón, aumentará en los próximos años, y será una carga impuesta a los servicios de salud dedicados a controlar las enfermedades infecciosas y los problemas de salud materno- infantil. (16)

En gran parte, la morbilidad ocasionada por la exposición prolongada al tabaco está todavía por ocurrir y es evidente que, también todavía, existe la posibilidad de evitar el

impacto del tabaquismo sobre la población y sobre los servicios de salud, mediante actividades concertadas de salud pública para combatir el uso del tabaco. (23)

El tabaquismo es la principal causa de muertes prematuras. Los estudios médicos han determinado que el índice total de mortalidad es dos veces más alto en fumadores hombres de mediana edad que en los que no fuman. Y más alto aún en los que fuman más cigarrillos al día o han fumado por más tiempo. Entre los cánceres causados por el tabaco, encabeza la lista el de pulmón, de manera que el índice de esta enfermedad es 7 veces mayor en los fumadores que en los no fumadores. El 90 % de los casos de cáncer de pulmón se presentan en los fumadores, además, los fumadores tienen 5 veces más riesgo de desarrollar cáncer de laringe, esófago y en la cavidad bucal. También se atribuye un tercio de todos los cánceres de vejiga, riñón y páncreas. (23)

El tabaquismo también quintuplica el riesgo de muerte por bronquitis crónica (inflamación de los pulmones) enfisema (dificultades respiratorias), y lo duplica por muerte en enfermedades coronarias y del corazón. Un informe de 1998 basado en estudios sobre 4.255 residentes de un barrio de Boston de Estados Unidos, indicaba que el tabaquismo aumenta el riesgo de apoplejía (lesiones cerebrales) en un 50 %, 40 % en los hombres y 60 % en las mujeres. Otra investigación ha demostrado que las madres que fuman dan a luz con más frecuencias a niños prematuros o con poco peso, debido probablemente a la menor afluencia de la sangre a la placenta. (23)

Tres estudios publicados en 1981 apuntan que en las parejas en las cuales una de los cónyuges es fumador pasivo (aspira el humo del otro), éste sufre mayor riesgo de cáncer del pulmón, y otros estudios revelan que el índice de enfermedad es mayor en hijos no fumadores de padres fumadores. En España se ha estimado que el 14 % de las muertes se deben al tabaco, de 1000 personas que fallecen, aproximadamente: 4 mueren por accidentes laborales, 17 por accidentes de tránsito y 100 mueren por causa del tabaco. (21)

El consumo diario de un paquete de cigarrillos acorta en 6 años la expectativa de vida, multiplica por tres las bajas laborales y en un 15 % la duración de las bajas por enfermedad. (21)

Muchos números y estadísticas, para indicar que el fumador se va matando lentamente, y lo que es peor causa daño a los que tiene alrededor. Hasta hace poco se pensaba que el tabaco sólo era nocivo para el que lo fumaba, el fumador pasivo o fumador involuntario, no fuma voluntariamente, sino que tienen que aspirar el humo del tabaco por tener contacto con fumadores activos, hay que tener en cuenta que el humo que inhala el fumador el fumador pasivo es más tóxico y cancerígeno que el que aspira el fumador, ya que el de este último está depurado por el filtro del cigarrillo, el fumador pasivo sufre de irritación de garganta, ojos y nariz, el Instituto de Investigación Nacional de EEUU ha establecido que al menos 3.800 de las 12.000 muertes por cáncer de pulmón en no fumadores pueden ser atribuidas a la inhalación involuntaria del humo del tabaco. El riesgo de contraer cáncer de pulmón en el fumador involuntario es 35 veces mayor que si esta persona no conviviera con fumadores, ya sea en el trabajo, en su casa, etc. (21)

Las mujeres embarazadas que fuman producen un gran daño a sus hijos todavía no nacidos. El hábito de fumar puede producir malas consecuencias en los órganos maternos que intervienen en el embarazo y en el parto, haciendo mención especial de las consecuencias que puede tener para el niño, tanto en los meses de embarazo, como después del nacimiento, esto es debido, a que la nicotina traspasa muy fácilmente la barrera placentaria que protege al bebé, y provoca las siguientes enfermedades

- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Placenta previa e infartos placentarios
- Un parto de mayor duración y más doloroso
- Abortos espontáneos y muertes después del parto
- Recién nacidos con bajo peso al nacer (alrededor de 200 a 300 g menos)

- Retraso del crecimiento intrauterino, disminución del diámetro del cráneo
- Menor estatura del niño
- Alteraciones respiratorias del recién nacido o neonato.

Cuando se deja de fumar hay un aumento de peso, el uso de nicotina hace que el organismo, mismo en reposo, gaste más calorías, hay evidencias también de que la enzima lipasa, lipoproteíca (proteína existente en el hígado) aumente su actividad cuando se fuma, habiendo por lo tanto, mayor quemadura de grasas, un estudio realizado entre mujeres que paran de fumar, mostró un aumento de peso de 1.5 Kg. después de un mes sin cigarrillos, y de 4.5 Kg. en la revisión después de un año. A partir de un año de abstinencia el consumo diario de calorías vuelve al nivel normal, esto indica que, a partir de este plazo, se puede comenzar a perder el peso adquirido después de parar de fumar, por lo tanto, se recomienda aumentar la ingestión de alimentos de bajas calorías, como frutas, legumbres y verduras, disminuir el uso de alimentos grasos, beber como mínimo 8 vasos de agua por día y aumentar la práctica de actividades físicas. (18)

Según la bibliografía consultada no es cierto que el fumador puede tardar hasta 20 años para librarse de los maleficios del tabaco. Después de 20 minutos sin fumar, la presión sanguínea y las pulsaciones vuelven al ritmo normal, dos horas después ya no hay nicotina circulando en la sangre, en 8 horas el nivel de oxígeno en la sangre se normaliza, un día basta para que los pulmones funcionen mejor, el olfato y el paladar demoran un poco más para recuperarse. En general dos días, pero en tres semanas, el ex fumador ya podrá sentir, sin necesidad de exámenes, que la respiración se torna más fácil y que la circulación sanguínea ya está mejor.

Un año de abstinencia ya descarta la mitad de los riesgos de muerte por infarto. Después de 5 a 10 años sin recaídas, el riesgo que un ex fumador corre de contraer enfermedades cardiovasculares ya es el mismo que el de una persona que nunca fumó. (20)

Sabemos por expertos y por experiencia que el mejor mecanismo para el control de tabaco es desalentar a las personas para que nunca comiencen a fumar, pero la competencia es fiera. Las empresas tabacaleras invierten altas sumas de dinero en mercadeo y publicidad para persuadir a las personas a fumar. (20 y 21)

Para dejar de fumar es imprescindible estar motivado. Pero las buenas intenciones no bastan. Sólo entre un 5 y un 8 % de los fumadores consiguen abandonar el hábito confiando únicamente en su fuerza de voluntad. (19)

Mientras los síntomas del síndrome de abstinencia empiezan a superarse a partir de la novena semana en los pacientes tratados, el mono psíquico no decae hasta después de tres meses. Los actuales tratamientos antitabaco basan su estrategia de ataque en estos dos frentes y utilizan como arma la terapia psicológica y el reemplazamiento nicotínico con sustancias sustitutivas. (18)

La adicción a la nicotina es uno de los principales bastiones a batir en la guerra contra el tabaco. Esta sustancia actúa sobre el sistema dopaminérgico cerebral que regula las sensaciones de placer y genera la necesidad del fumador por readministrarse nuevas dosis. Además, ejerce efecto a nivel de córtex cerebral produce un incremento de la capacidad de concentración y de memoria y reduce el estrés. (15 y 16)

Este es el mecanismo de acción que engancha al fumador cuando se abandona al tabaco, al síndrome de abstinencia que ocasiona la supresión de placer se suma una sensación transitoria de bajón intelectual. (18 y 19)

La mayoría de los fumadores no son plenamente conscientes de los riesgos relacionados con el consumo del tabaco, no conocen todos los riesgos para la salud, subestiman sus probabilidades de contraer una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, y subestiman el daño causado por el consumo del tabaco en relación con otros comportamientos. (20)

La mayoría de los fumadores se vuelven adictos al tabaco cuando son muy jóvenes, generalmente en la adolescencia. En esta etapa su capacidad es menor que en la etapa adulta para adoptar decisiones sensatas acerca de algo que generalmente se convierte en una adicción para toda la vida. Si finalmente comprenden la naturaleza de la adicción a la nicotina y las consecuencias del consumo de tabaco para la salud, la adicción hace muy difícil que dejen el hábito. (17 y 18)

Los fumadores pueden imponer el costo de su tabaquismo a los demás, los costos son financieros en los casos en que los sistemas de atención sanitaria deban atender las enfermedades causadas por el tabaquismo y físicos cuando se expone a otras personas al nocivo humo del tabaco en hogares y lugares públicos. (24)

Entre las medidas que son tomadas para eliminar el tabaquismo encontramos aquellas que reducen demanda del consumo de tabaco, aumento de los impuestos sobre el tabaco, información al consumidor, prohibiciones de publicidad y actividades de promoción como patrocinio de eventos deportivos y conciertos por parte de las empresas tabacaleras, restricciones al consumo del tabaco en lugares públicos, incluidos los lugares de trabajo y ayuda para dejar de fumar. Los impuestos sobre el tabaco representan una de las medidas individuales más eficaces para reducir el consumo del tabaco, las previsiones indican que en un incremento real del precio de los productos de tabaco del 10 % produciría una reducción de 4 % en el consumo en los países de ingresos altos y una disminución del 8 % en los países de ingresos bajos y medianos. (21 y 22)

Los análisis de los países desarrollados y en desarrollo han revelado que la reducción del consumo de tabaco no originará pérdidas de puestos de trabajo, dado que el dinero que no se gasta en el tabaco se gastará en otros bienes y servicios. Casi todos estos análisis predicen que el empleo en realidad aumentaría si se eliminase el consumo de tabaco. Aún en los países y en las regiones para los cuales la producción y la exportación de tabaco es una industria importante, la disminuciones en las disminuciones de tabaco sencillamente debido a un mayor consumo como

consecuencia del crecimiento de la población, habrá tiempo para prepararse para la transición económica con la diversificación de las economías y la creación de opciones para productores de trabajos. (23 y 24)

Con el desenvolvimiento y prácticas deportivas, sería más saludable que la juventud buscase su afirmación a través del deporte o de manifestaciones artísticas que hacen bien al cuerpo, a la mente y al espíritu.

“Hay que utilizar el deporte para disuadir el consumo de tabaco”, indicó el director de comunicación de la Federación Internacional de Fútbol (FIFA), Keith Cooper, anunciando que, por primera vez el campeonato mundial de fútbol, que tendrá lugar en Corea y Japón, se celebrará sin tabaco. (23)

191 Estados Miembros de la OMS, han designado el Día Mundial sin tabaco, para concientizar a la población sobre los daños que produce el tabaquismo. (24)

2.2 Metodología.

El estudio fue realizado del 12 de septiembre del 2007 hasta el 14 de marzo del 2008, abarcando 6 meses de rehabilitación mediante el ejercicio físico a los sujetos fumadores del Consejo Popular “La Juanita” del municipio de Cienfuegos.

Durante este período fue realizada la medición de las variables en estudio, dentro de las que encontramos, la frecuencia respiratoria, el peso corporal, el volumen de espiración forzada, así como la frecuencia cardiaca, además de la edad y el sexo. Fue realizada además una entrevista inicial y una final para ver el comportamiento de los sujetos una vez realizada la actividad.

Para las mediciones fueron utilizados materiales tales como: pesa, cronómetro, silbato, estetoscopio, mini wright peak flow meter.

Posteriormente fue aplicado al total de pacientes fumadores del Consejo Popular “La Juanita” de Cienfuegos un plan de rehabilitación mediante el ejercicio físico durante 6 meses, realizado en horas de la mañana con una frecuencia de tres veces por semana y una duración de 30 minutos, que trajo como fruto lo que se mostrará en el análisis de los resultados.

2.2.1 Selección de Sujetos.

Para la realización de este estudio fue tomada una muestra de la población de fumadores del Consejo Popular “La Juanita” del municipio de Cienfuegos, constituido por 22 adictos a este hábito, constituyendo el 20,3 % de la población fumadora del Consejo popular.

2.2.2 Métodos y Procedimientos.

Dentro de los métodos utilizados para la realización de nuestra investigación tenemos el método estadístico, la entrevista, y la medición.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN:

El uso del tabaco es un tema importante y de creciente preocupación social, debido por un lado a su relación conocida y ampliamente demostrada con la pérdida de salud y aumento de la mortalidad evitable, y por otro, a la importante recuperación económica que conlleva.

Ha sido importante recordar estas palabras para poder dejar plasmado con todo el rigor necesario de nuestra propuesta de solución a tan nociva, pero evitable afección.

Recordemos entonces que el fumador destruye lentamente su organismo, afectándose mayormente el sistema respiratorio y cardiovascular, por lo que nuestro programa está especialmente encaminado a erradicar este fatal hábito sin dejar de trabajar las vías respiratorias, así como el aparato cardiovascular. Dentro de nuestro plan de ejercicio podemos encontrar los ejercicios específicos encaminados a eliminar esta adicción.

Ejercicio No. 1

Objetivo : Relajar el organismo, evitando la necesidad de fumar

Posición inicial: Parado manos en la cintura, pierna a la anchura de los hombros.

- a) inspirar y espirar profundamente cada vez que sienta el deseo de fumar, detenga la respiración durante 10 segundos y siga respirando lentamente.

Ejercicio No. 2

Objetivo: Concientizar al paciente de la importancia de eliminar la adicción.

Posición inicial: Parado manos en la cintura, piernas a la anchura de los hombros.

- a) Hacer inspiración y espiración profundas y rítmicas muy parecido a la acción de fumar, excepto que usted inhala aire puro y no gases venenosos.

Ejercicio No. 3

Objetivo: Relajar al paciente

Posición inicial: Parado manos en la cintura, manos a la anchura de los hombros.

- a) Concentrar la atención en los beneficios que trae consigo el ejercicio físico para nuestra salud, relajar posteriormente esta tensión, pensando en una actividad recreativa.

Ejercicio No. 4

Objetivo: Concentrar la atención en el ritmo respiratorio.

Posición inicial: Parado manos en la cintura, manos a la anchura de los hombros.

- a) Inspirar al conteo 1,2,3,4, lenta y profundamente, espirar al conteo 1,2,3,4, lento, suave y prolongadamente.

Dentro de los ejercicios generales encaminados al fortalecimiento de las vías respiratorias, así como del aparato cardiovascular encontramos los siguientes.

Ejercicio No. 5

Objetivo: Aprendizaje de la respiración abdominal

Posición inicial: Parado manos en el abdomen, manos a la anchura de los hombros.

- a) Inspirar profundamente por la nariz y expirar suave y prolongadamente por la boca y presionando el abdomen con las manos.

Ejercicio No.6

Objetivo: Aprendizaje de la respiración torácica

Posición Inicial: Parado manos en el tórax, manos a la anchura de los hombros

- a) Inspirar profundamente por la nariz y expirar suave y prolongadamente por la boca presionando el tórax con las manos.

Ejercicio No. 7

Objetivo: Fortalecimiento de la musculatura respiratoria.

Posición inicial: Sentado en una silla, manos detrás de la nuca.

- a) Inspirar al realizar una torsión del tronco hacia un lado y espirar hacia el otro. (Alternar hacia ambos lados).

Ejercicio No. 8

Objetivo: Fortalecer la musculatura abdominal

Posición inicial: Sentado en una silla manos detrás de la nuca.

- a) Inspirar por la nariz en posición inicial y expirar por la boca realizando una flexión del tronco al frente.

Ejercicio No. 9

Objetivo: Relajar el sistema respiratorio.

Posición inicial: Sentado en una silla brazos al lado del cuerpo.

- a) Inspirar lento y profundo por la nariz elevando los brazos, espiral suave y prolongadamente por la boca llevando los brazos a la posición inicial.

Ejercicio No. 10

Objetivo: Coordinar la respiración con ejercicios sobre la marcha.

Posición inicial: Piernas a la anchura de los hombros y brazos a los lados del cuerpo.

- a) Realizar un trote durante varios segundos, de acuerdo a las posibilidades de cada trabajador.

2.3 Técnicas Estadísticas.

Para el procesamiento de datos en nuestra investigación utilizamos el paquete estadístico SPSS, Este procesamiento fue realizado una vez obtenido los datos de cada una de las variables empleadas en la investigación.

2.4 Análisis e Interpretación.

Una vez realizado el procesamiento estadístico para la investigación, se puede observar en la tabla No. 1 la distribución del sexo según los grupos etáneos, apreciando que del total de la muestra conformada por 22 pacientes adictos al tabaco existe un predominio del sexo masculino con el 63,6 % sobre el femenino que alcanza el 36,3 %. El grupo etáneos conformado por las edades de 31 a 45 años posee un predominio sobre el resto con el 31,8 % del total de la muestra.

Tabla # 1: Distribución del sexo según grupos etáneos.

Edad	18-30	%	31-45	%	46-60	%	60 ó más	%	Total	%
Sexo										
F	1	4,5	4	18,1	2	9	1	4,5	8	36,3
M	4	18,1	3	13,6	4	18,1	3	13,6	14	63,6
Total	5	22,7	7	31,8	6	27,2	4	18,1	22	100

Al realizar un análisis de la tabla No. 2 donde se muestra el comportamiento del consumo del cigarro según el sexo se puede decir que el 45,4 % del total de la muestra consumía entre 21 y 40 unidades de cigarro diario al inicio de la investigación, aventajando ligeramente a los que consumían una cajetilla diaria que constituía el 36,3 %; lo que reafirma el excesivo consumo de cigarro de estos pacientes antes del tratamiento.

Tabla #2 Comportamiento del consumo del cigarro según sexo al inicio de la investigación.

No de Cigarrillos	1 a 20	%	21-40	%	Más de40	%	Total	%
Sexo								
F	3	13,6	3	13,6	2	9	8	36,3
M	5	22,7	7	31,8	2	9	14	63,6
Total	8	36,3	10	45,4	4	18,1	22	100

Durante el análisis de la tabla No. 3 se muestra el comportamiento de la escolaridad en la muestra investigada, apreciando que el 36,3 % de los sujetos que consumen cigarrillos alcanzan el nivel técnico, aventajando a los que poseen nivel universitario que suman el 27,2 % de los muestreados.

Tabla # 3 Comportamiento de la escolaridad en nuestra muestra.

Escolaridad	9no	%	12mo	%	Técnico	%	Universitario	%	Total	%
Sexo										
F	2	9	1	4,5	4	18,1	1	4,5	8	36,3
M	3	13,6	2	9	4	18,1	5	22,7	14	63,6
Total	5	22,7	3	13,6	8	36,3	6	27,2	22	100

Al analizar la tabla No. 4 donde se aprecia el comportamiento del estado civil según la muestra, se puede afirmar que existe un predominio de los sujetos divorciados los que alcanzan el 50 % del total de la misma. Los sujetos casados alcanzan el 31,8 %.

Tabla #4 Comportamiento del estado civil según la muestra.

Estado Civil	Soltero	%	Casado	%	Divorciado	%	Viudo	%	Total	%
Sexo										
F	2	9	2	9	4	18,1	-	-	8	36,3
M	1	4,5	5	22,7	7	31,8	1	4,5	14	63,6
Total	3	13,6	7	31,8	11	50	1	4,5	22	100

En la tabla No. 5 se aprecia la distribución de la preferencia de fumar según la muestra, resultando que el 77,2 % posee tendencia a fumar el cigarrillo y solo un caso en el sexo masculino se inclina hacia el tabaco.

Tabla # 5: Distribución de la preferencia a Fumar según la muestra.

¿Que fuma?	Cigarro	%	Tabaco	%	Pipa	%	Total	%
Sexo								
F	8	36,3	-	-	-	-	8	36,3
M	9	40,9	4	18,1	1	4,5	14	63,6
Total	17	77,2	4	18,1	1	4,5	22	100

En la tabla No. 6 aparece la distribución de los pacientes según el posible abandono al hábito de fumar, encontrando en el 86.3 % del total de la muestra un deseo de abandonar el hábito de fumar y solo el 13.6 se niega al abandono de tan dañina práctica.

Tabla # 6: Distribución de los pacientes según el posible abandono al hábito de fumar.

Dejar de fumar	Sí	%	No	%	Total	%
Sexo						
F	7	31,8	1	4,5	8	36,3
M	12	54,5	2	9	14	63,6
Total	19	86,3	3	13,6	22	100

En la tabla No. 7 apreciamos la distribución de las variables en estudio antes y después del tratamiento, donde se puede afirmar que existió una influencia positiva del ejercicio físico sobre las variables tales como el peso corporal, con un incremento notable en 4,3 Kg; así como el volumen de espiración forzada en un segundo, presentando un considerable aumento en 100 l/mm. Con respecto a la tensión arterial, se aprecia con claridad la reducción de sus valores iniciales tanto en los niveles sistólicos en más de 7 mm/Hg, como diastólicos en 4 mm/Hg. Todo lo anterior reafirma la importancia que para el ser humano posee los ejercicios físicos.

Tabla # 7: Distribución de las medias de cada variable antes y después del plan de ejercicios físicos.

Variables		Peso Kg	Antes del tratamiento			Después del tratamiento			
			V.E.F1 /lmm	P. Sistó	P.Diast	Peso kg.	V.E.F1 /lmm	P. Sistó	P.Diast
Sexo	No								
F	8	82,4	240	135,5	93,4	87,1	310	128,7	90,1
M	14	89,6	290	139,6	97,3	93,5	420	131,3	92,6
Total	22	86	265	137,5	95,3	90,3	365	130	91,3

En la tabla No. 8 se muestra el comportamiento del consumo de cigarro por pacientes antes y después del tratamiento, no cuesta mucho percatarse cómo ha existido una reducción e incluso una supresión del habito de fumar; donde al cabo de seis meses de tratamiento el 54,5 % del total de la muestra ha eliminado esta toxicomanía, quedando un 40,9 % que han reducido las unidades de cigarro consumida diariamente a una cajetilla; y solo un sujeto fuma más de una diaria.

Tabla # 8: Comportamiento del consumo de cigarro antes y después del tratamiento.

Unidades	INICIAL						FINAL							
	1-20	%	21-40	%	+ 40	%	No fuman	%	1-20	%	21-40	%	Total	%
Sexo														
F	4	18,1	3	13,6	1	4,5	5	22,7	3	13,6	-	-	8	36,3
M	5	22,7	4	18,1	5	22,7	7	31,8	6	27,2	1	4,5	14	63,6
Total	9	40,9	7	31,8	6	27,2	12	54,5	9	40,9	1	4,5	22	100

III CONCLUSIONES.

3.1 Conclusiones:

- El plan de rehabilitación mediante ejercicios físicos en pacientes fumadores del Consejo Popular “La Juanita” del municipio de Cienfuegos propició una disminución del hábito de fumar en un grupo considerable de la muestra, así como la erradicación del mismo en gran parte de los investigados.
- El plan rehabilitador mediante ejercicios físicos ha influido directamente sobre las el peso corporal, el volumen de espiración forzada, así como la tensión arterial.
- Existe relación entre el divorcio y la adicción al hábito de fumar; así como una tendencia del nivel técnico de escolaridad a la práctica de tan dañino mal.

3.2 Recomendaciones:

- Realizar en próximas investigaciones un control sobre la frecuencia cardiaca y respiratoria; así como la selección de un grupo control.

IV BIBLIOGRAFÍA.

1. D'Arcy et al. : Premature adult and mortality and short stay hospitalization in Western Australia attribute to the smoking of tobacco, 1979 – 1983. Med. J. Aust. 1986; 145 (1): 7 – 11.
2. Department of Health Consequences of Smoking: Chronic obstructive Lung disease. A Report of the surgeon, general Rockville, Md. 1984.
3. Doll, R.; Bradfor hill, A. El hábito de fumar y el carcinoma de pulmón: informe preliminar. En: Buck, C. Et al. El desafío de la epidemiología. Problemas y lectura seleccionada. OPS / Washington. Publicación Científica No. 501, 1998 p. 511 - 529.
4. Escobedo L. G., Anda R. F., Smith P. F. Remington P. L., Mast E. E. Sociodemographic Characteristics of cigarette Smoking Initiation in the United States. Implications for smoking prevention Policy. JAMA. 1990; 264 (12): 1550 – 1555.
5. Espinosa Roca A. Y cols: Pacientes reintegrados en el servicio de Medicina Interna. Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Rev. Finlay. 1989. 3 (4): 65 – 73.
6. Espinosa, A. y cols. Mortalidad de adultos. Principales características en tres provincias cubanas. Año 1981 – 1982 – 1989. Edición ISTC, Cienfuegos.
7. García R.: Factores de riesgo y morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles 1990. Trabajo par otra por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Cienfuegos, 1991.
8. González Couceiro, I. M. El hábito de fumar entre los trabajadores de la salud; trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Epidemiología / Luis M. González Couceiro.—Ciudad de La Habana, 1992.

9. Havas, Stepher. Prevención de cardiopatías, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares: el estilo de Massachusetts. Rev. Finlay 5 (4): 516 – 520. Oct. – Dic., 1991.
10. Heederick, D. et al. Relations between occupation, smoking, lung function, and incidence and mortality of chronic non - specific lung disease: The Zutphin study. *Br. J. Ind. MED.* 49: 299- 308, 1992.
11. Komarov, F. I., et al. Effects of smoking on indicators of arterial pressure in 24-hours monitoring. *Kiln Med. (Mosk)*; 73(4): 46 – 8, 1995.
12. Lotufo, P. A. Et al. Smoking and mortality form schemic heart disease: comparative study in capitals of brazilian metropolitan, regions, 1988. *Arq. Brazil Cardiol.*; 64 (1): 7-9, Jan. 1995. Tab. Graf.
13. Macías Castro. I. La lucha contra el hábito de fumar en el Programa General Integral del Adulto (Mesa Redonda). Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Medicina Interna. Ciudad de La Habana, 1985.
14. Mecjhaen, I. Tabaco o salud. Situación actual y perspectivas; estilo de vida saludable. *Revista Finlay*, 1991. 5 (2): 131-141.
15. Molina de: Factores de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Trabajo para optar por el título de Especialidad de Primer Grado en Medicina General Integral. Cienfuegos. 1999.
16. Naranjo Paz, A. Factores de riesgo y morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles: Trabajo para optar por el título de Especialista de primer Grado en Medicina General Integral I, Angel Osvaldo Naranjo Paz.—Cienfuegos, 1992.—26 h.
17. Nicholls, E. S. Et al. La adición al tabaco. Sinopsis informativa 2/92. OPS/ Washington. Programa de Promoción de la Salud. 1992; 2: 1-8.

18. Novothy, T. E. Et al. Tabaco o salud: situación en Las Américas. Bol OPS 113 (4): 281 – 289, Oct. 1992.
19. Pérez Fernández, D. El hábito de fumar en la morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles en un consultorio médico de la familia. Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral. Cienfuegos, 1991.
20. Rigol Ricardo O. Medicina General Integral Orlando Rigol Ricardo... / et al/. – Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias médicas. 1985.—T3.—p 66.
21. Zaldívar Pérez, D. F. Estrategia para el control, disminución y cesación del hábito tabáquico, Editorial Pueblo y Educación. La Habana, 1990. Págs. 12 – 35.
22. Sallera San Marte L. Tabaco y salud. Medicina preventiva y salud publica. 8va edición Salvat ed. SA, Barcelona. 1990. P. 1016-1034.
23. Sieminska, A. Dubaniewico A. Prevalence of smoking among the staff of the Medical Academy and State Clinical Hospital No. 1 in Gdansk and among 5 years medial students. Pneumonol = Alerqul=Pol 1992, 60 (1-2): 46-50.
24. Tobacco use and world health a situation analysis Bull. Pan. Am. Health. Organ. 1986, 20 (4); 409-417.
25. Tabaquismo y salud en las Américas. Informe de la cirujana General 1992, en colaboración con la OPS. Departamento de salud y servicio sociales de los Estados Unidos; 1992.
26. Taslikin, D. p. Et al. The Lung Health Study: Airway responsiveness to inhaarchaline in smokers with mild to moderate airflow limitation. A. M. Rev. Resp. Dis. 145: 301 – 310. 1992. --:..S/F.

27. Terris, M. Healthy Life Styles: The perspective of epidemiology. Rev. Finlay 1991; 5 (4): 412 – 428.
28. Valdéz González, O. Factores de riesgo y morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles: Trabajo para optar por el título de Especialista en primer grado en Medicina General Integral/ Odalys Valdéz González.- Cienfuegos, 1990.—92h.
29. Valentín Cao, J. A.: Aspectos clínicos – epidemiológicos del hábito de fumar y enfermedad. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina general Integral/ Juana Aracely Valentín Cao.- Cienfuegos, 1994.- 120h.
30. Vance J. Diets y cols. Mortalidad atribuible al tabaquismo; años de la vida potencial perdidos y costos directos para la atención de salud en Puerto Rico, 1983. Oficina Panamericana. 1105 ; mayo, 1991.
31. Wydon E. L. Evans A. Graham. El consumo de tabaco como posible factor etológico en el carcinoma broncogénico, un estudio de 684 casos probados. En “El desafío de la epidemiología”, O. P. S., pág. 492; 1988.
32. Zaldívar Pérez, D. Estrategias para el control, la disminución y el cese del hábito de fumar. Rev. Cubana Med. Gen. Integral., Abril - Junio, 1990: 6 (2) 210-246.

V ANEXOS.

Modelo de entrevista

1- Nombre y Apellidos.

2 - Edad (años)

18 – 30 _____

31 – 45 _____

46 – 60 _____

60 y más _____

3 - Sexo

Femenino _____

Masculino _____

4 - Escolaridad

Secundaria _____

Preuniversitario _____

Técnico _____

Universitario _____

5 - Estado Civil

Casado _____

Divorciado _____

Soltero _____

6 - Qué fuma?

Cigarro _____

Tabaco _____

Pipa _____

Cigarro y tabaco _____

7 - Cantidad de cigarrillos diarios.

1 -20-----.

21 – 40 -----

Más de 40 -----

8 - Le gustaría dejar de fumar?

Sí _____

No _____