

Artículo de revisión

Causas, consecuencias y prevención del tabaquismo

Cause, consequences and prevention of the smoking

[Nurka Cascudo Barral](#)¹, Christian Benítez Cascudo,² Virginia Ranero Aparicio³, Edith Álvarez Pérez⁴.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria. Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

² Estudiante de 1er. año de Medicina en la FCMH: "Calixto García Iñiguez".

³ Especialista de I grado en Bioestadística

⁴ Licenciada en Enfermería y Ms. C en Gerontología Social

Editorial: Calle G y 27, Municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba

CP: 10400 Correo: geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre tabaquismo, con el objetivo de conocer su concepto, datos demográficos, factores de riesgo causales, consecuencias, y principales medidas de prevención.

Se revisó un total de 48 bibliografías, concluyéndose al tabaquismo como enfermedad crónica, adictiva, recurrente, elevada prevalencia; factor de riesgo para un gran número de enfermedades, y causa de morbimortalidad evitable. Causado por personalidad, ambiente y ejemplo de familiares, educadores y amigos fumadores; cambios a nivel molecular-telómeros-neurotransmisores cerebrales, determinan inicio y adicción. Ocasiona múltiples enfermedades de elevada discapacidad y mortalidad, sin distinguir edad, sexo, ni estrato social.

Dentro de las principales medidas preventivas, los programas con componentes múltiples-integrales de control, ciudades saludables-ambientes libres de tabaco, campañas en medios de comunicación, leyes-políticas antitabaco, programas escolares, con apoyo de los niveles recomendados por los centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. La Atención Primaria de Salud tiene una posición privilegiada para este accionar.

Palabras clave: prevención, tabaquismo, promoción, factores de riesgo.

ABSTRACT

Review on smoking, with the objective of knowing their concept, demographic data, causal factors of risk and consequences, main measures of prevention.

A total of 48 bibliographies were revised, being concluded to the smoking like illness chronic, addictive, recurrent, high prevalence; factor of risk for a great number of illnesses, and cause of avoidable morbidity and mortality. Caused by personality, atmosphere and relatives' example, educators and smoking friends; changes at level molecular and telomeres and brain neurotransmitters, they determine beginning and addiction. It causes multiple illnesses of high disability and mortality, without distinguishing age, sex, neither social stratum. Inside the main preventive measures, the programs with multiple-integral components of control, cities healthy-atmospheres free of tobacco, campaigns in media, law-political anti-smoking, school programs, with support of the level recommended by the Centers for the Control and the prevention of Illnesses. The Primary Attention of Health as a privileged position for this to work.

Keywords: smoking, prevention, promotion, factors of risk.

INTRODUCCIÓN

El tabaco, es la planta "Nicotina Tabacum" (familia solanácea) y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones y que se utiliza para fumar, masticar o aspirar, cuya sustancia activa es la nicotina, principal detonante del tabaquismo. Se cree sea originaria de la zona del altiplano andino y que llegó al Caribe unos 2.000 ó 3.000 años antes de Cristo. Cuando Cristóbal Colón llegó a América en 1492, la planta ya se había extendido por todo el continente y casi todas las tribus y naciones de América habían tenido contacto con el tabaco y tenían con él una relación más o menos intensa. No se conocía fuera de nuestras latitudes, hasta que es llevado a Europa, por los marinos españoles, ingleses, portugueses, etc.^{1,2}

El consumo de tabaco comenzó en las sociedades occidentales hace casi 500 años, fue la aparición de cigarrillos manufacturados en 1865 y la extensión de su uso en las dos guerras mundiales lo que condicionó que pasara a ser un problema epidémico de graves consecuencias médicas y económicas. Su aceptación social ha pasado por diferentes etapas, en sus inicios se le atribuían propiedades medicinales y curativas, casi mágicas, hasta ser motivo de excomunión o de pena de muerte. Hoy en día se incluye entre las denominadas «drogas institucionales o legales» y por su morbimortalidad y gran consumo de recursos, supone un problema sanitario de primera magnitud.^{1, 2,3}

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V de la *American Psychiatric Association*.⁴ Pérez Trullén lo define como “enfermedad contagiosa, adictiva, sistémica y crónica, secundaria al consumo de tabaco que, salvo excepciones, comienza en la adolescencia. Presenta una compleja patogenia y una evolución progresiva con posibles ciclos o alternancias (abstinencia/recaída/abstinencia permanente), es invalidante y provoca enfermedades letales, dando lugar a un elevado coste humano y socio sanitario, de difícil manejo, aunque se pueden aplicar subsidiariamente eficaces medidas preventivas y terapéuticas en los diferentes aspectos de la enfermedad”,⁵ por otra parte la OMS coincide en señalarlo como enfermedad, adictiva y crónica, pandémica, que afecta a todos los grupos étnicos, y no tiene fronteras, ni limitaciones de edad, sexo, estrato sociocultural o religión.⁶ Independientemente de la fuente todos coinciden en que más allá del simple acto de consumir tabaco, es una enfermedad crónica, adictiva, y prevenible.

Se conoce que los factores genéticos contribuyen al uso del tabaco, la continuación de su uso, con un grado de heredabilidad equivalente a lo observado en otros desórdenes de abuso de sustancias (50%). Alguno de estos riesgos es específico al tabaco, y es común la vulnerabilidad a desarrollar cualquier desorden de uso de la misma.^{4, 7}

Suele iniciarse antes de los 18 años de edad y origina graves enfermedades respiratorias, cardiovasculares y neoplásicas. Es la principal causa prevenible

de muerte y discapacidad, y el principal agente medioambiental causante de enfermedad en los seres humanos. Las características de la personalidad, el ambiente y el ejemplo familiar, de los educadores y del grupo de amigos son de gran influencia para iniciarse en el consumo de tabaco. A todo esto, se añade el elevado poder de adicción que tiene la nicotina.⁷

El hábito de fumar cigarrillos es el método más popular de consumo de tabaco, recientemente se ha visto un aumento en la venta y consumo de productos de tabaco sin humo, tal como el tabaco en polvo (*rapé* o "*snuff*") y el tabaco de mascar. Estos productos sin humo también contienen nicotina, así como muchas otras sustancias químicas tóxicas.^{1, 3}

En el mundo existen más de 1.200 millones de individuos fumadores. La prevalencia de los fumadores difiere entre los distintos países y grupos de edad, así como en función del sexo y del nivel socioeconómico. En la actualidad se observa un crecimiento de la drogadicción en los países menos desarrollados y en las mujeres, así como un descenso en la edad de comienzo en el consumo de tabaco, y lo más alarmante es, que con conocimiento de sus dañinas consecuencias.⁸

El tabaco es el único producto legal que mata hasta la mitad de sus consumidores cuando se utiliza en la forma indicada por los fabricantes, causando la muerte de una persona cada seis segundos. Preciado como el principal factor de riesgo para seis de las ocho causas principales de muerte a nivel mundial, así como para las cuatro enfermedades no transmisibles más prevalentes: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las respiratorias crónicas y la diabetes mellitus.⁸

El cigarrillo es un sistema de alta ingeniería con un diseño sumamente eficiente de suministro de la droga. Al inhalar el humo de tabaco, el fumador promedio consume entre 1 y 2 mg de nicotina por cigarrillo. La nicotina llega rápidamente a sus niveles máximos en el torrente sanguíneo y penetra en el cerebro.⁹ Aunque existen más de 7,000 sustancias químicas en el humo de los productos del tabaco, es la nicotina, descubierta a principios del siglo XIX, el principal componente adictivo del tabaco. Los carcinógenos principales son los hidrocarburos aromáticos policíclicos -entre ellos el 3,4 benzopireno-, las

aminas aromáticas y las nitrosaminas. Casi inmediatamente después de la exposición a la nicotina, los individuos reciben un estímulo causado en parte por la acción de la droga sobre las glándulas suprarrenales, lo que resulta en una descarga de adrenalina. El “*rush*”, es decir, la sensación inicial intensa debido a la adrenalina, estimula al organismo y causa un aumento en las cifras de presión arterial, la frecuencia respiración y la cardíaca.^{10, 11, 12, 13,14}

Usando tecnologías avanzadas de neuroimágenes, los científicos han podido observar el efecto del tabaquismo a nivel cerebral, encontrando una marcada disminución en los niveles de la monoaminoxidasa (MAO), enzima relacionada con la descomposición de la dopamina (neurotransmisor cerebral). Aunque se conoce que la nicotina no actúa directamente, sino por la acción de algún otro ingrediente en el humo del tabaco. La disminución en las dos formas de la MAO (A y B) resulta en niveles más altos de dopamina, lo que sugiere que otra razón por la cual los fumadores continúan con el dañino hábito, puede ser para sostener los niveles altos de dopamina que originan el deseo de usar la droga repetidamente.^{15,16}

La evidencia actual muestra que la epidemia del tabaquismo, así como la de las ENT (Enfermedades No Transmisibles), causa más daño en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos y más aún en los más pobres dentro de aquellos. Existen más de 1.000 millones de fumadores en el mundo, de los cuales 127 millones (11,4%) viven en la Región de las Américas. La prevalencia de consumo actual de tabaco fumado en adultos (15 años o más) en el mundo es de 21,2% y es mayor en los hombres (35,8%), que, en las mujeres, aunque en estas ha aumentado el número de fumadoras, incluso cada vez a edad más temprana.^{17, 18, 19, 20,21}

En Cuba según el Anuario Estadístico del 2016, en relación con las 10 primeras causas de muerte, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con una tasa de 217.7 por 100 000 habitantes, seguida de la muerte por tumores malignos, cuya tasa es de 216.3, ambas causas explican el 49.1 % del total de las defunciones del propio año. La tasa de años de vida potenciales perdidos se eleva para las enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, accidentes y las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares,

relacionados con el tabaquismo activo o pasivo.²² La exposición ajena al humo del tabaco es alta: 54% de las familias cubanas, 55% de los niños, 51% de las embarazadas y 60% de los adolescentes están expuestos a este agente contaminante, lo que lo ubica en el número 22 de los países de mayor prevalencia de tabaquismo pasivo solo superado en América por Argentina (69 %) y Uruguay (63%).²³

Estudios recientes han encontrado respuesta al porqué este artilugio aparentemente inocente causa tanto daño y es que provoca el acortamiento de los telómeros (estructuras nucleoproteicas que cubren los extremos de los cromosomas), lo que puede ocasionar que se fusionen los extremos teloméricos y como consecuencia, se presente una gran inestabilidad cromosómica, la cual es un evento de iniciación clave de numerosas neoplasias, que incluyen cáncer de pulmón, de mama, de colon, cerebro, próstata y ciertos tipos de leucemias.^{24,25,26,27,28,29,30}

Otros se postulan por las consecuencias a nivel molecular y analizan que el acortamiento de los telómeros puede acelerarse por factores ambientales como el estrés psicológico y fisiológico, el tabaquismo, la obesidad, entre otros. El acortamiento de telómeros de leucocitos (células que intervienen en la defensa del organismo), ha sido reportado en diversas patologías cardiovasculares, incluyendo hipertensión, enfermedad arterial coronaria y enfermedad cerebrovascular, así como obesidad y el tabaquismo, con respecto a los controles sanos.³¹

Teniendo en cuenta los cambios incluso moleculares y la larga lista de enfermedades que ocasiona el Tabaquismo:

¿Es prevenible esta adicción y para qué? ¿Existen evidencias científicas que avalen medidas o programas para el abandono de este nocivo hábito?

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva y recurrente, que tiene una elevada prevalencia; es un factor de riesgo para un gran número de enfermedades, y la causa aislada más importante de morbilidad evitable, es la causa más frecuente de la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Crónica) y el Cáncer de pulmón, además de constituir un factor agravante de una gran parte de neumopatías, lo que obliga a la comunidad científica a buscar evidencias que prevengan el inicio y perpetuación del Tabaquismo, con cambios morfofuncionales, con órganos dianas como los pulmones.³²

El humo de los cigarrillos es un aerosol que se produce por la combustión incompleta de las hojas del tabaco, compuesto por una fase gaseosa y una fase de partículas. La mayor parte de la fase de partículas la constituyen el alquitrán, la nicotina y el agua. El alquitrán es el residuo que queda tras la extracción del agua y la nicotina de la fase de partículas, y está constituido principalmente por un conjunto de hidrocarburos aromáticos policíclicos formados durante la combustión del tabaco. La nicotina es un alcaloide que tiene una estructura similar a la acetilcolina (otro neurotransmisor cerebral) y que actúa en los mismos receptores que esta, produciendo importantes efectos sobre el sistema cardiovascular, y juega el papel principal en la dependencia al tabaco.³³

En promedio, los fumadores de cigarrillos (varones o mujeres) mueren 10 años antes que los no fumadores. Es muy importante dejar de fumar antes de los 40 años; por encima de esta edad, por cada año que pase, se pierde un promedio de 3 meses de vida, con altos costes económicos y de salud.

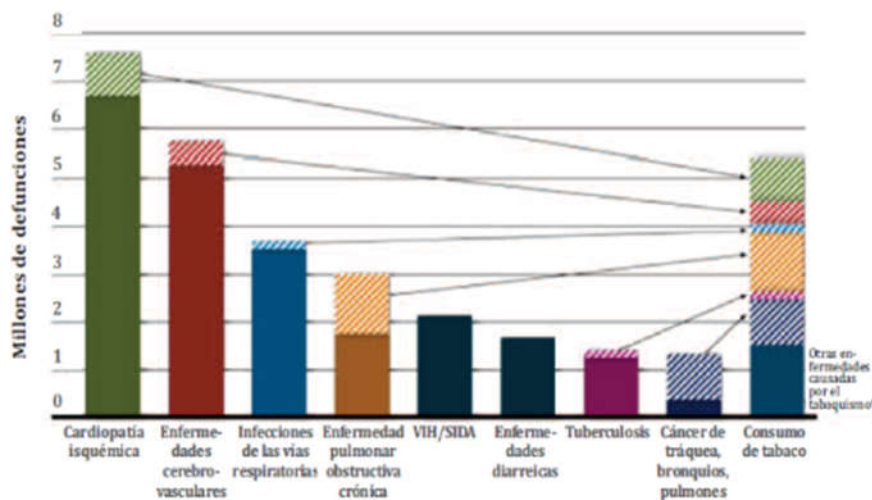
Gastos atribuibles al tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina, 2015



Fuente: Pichon-Rivière A, Regueiro A, Souto A, Augustovski F. Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en América Latina. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2015.

Disponible en: <http://www.iecs.org.ar/wpcontent/uploads/Carga-de-enfermedad-tabaquismo-LA-e-impuestos-IECS.pdf> Acceso el 13 de noviembre de 2015

Principales causas de muerte en Latino América, 2015.



Nota: Las áreas sombreadas indican la proporción de las defunciones relacionadas con el tabaquismo, coloreadas de acuerdo con la columna correspondiente a la causa de mortalidad.

* Incluye: cáncer bucal, bucofaríngeo, esofágico, de estómago, de hígado y otros tipos de cáncer, así como enfermedades cardiovasculares diferentes de la cardiopatía isquémica y de las enfermedades cerebrovasculares.

En España, por ejemplo, a pesar del descenso de las muertes atribuibles al tabaquismo respecto a años anteriores, este número de muertes y el porcentaje de la mortalidad total que representa siguen siendo muy elevados. El número de muertes atribuibles al tabaquismo en varones ha descendido respecto a años anteriores; sin embargo, en las mujeres, la mortalidad está aumentando.³³ En Cuba la mortalidad por Tumores malignos en su mayoría asociados al Tabaquismo, no ha descendido en cuanto a razón de tasa por sexo o sea 1.4, ni para el número de defunciones, incluso con un discreto aumento para aquellas presentaciones como Tráquea, bronquios y pulmón: año (2015)- 5 523 y para el 2016- 5 535 fallecidos respectivamente, datos obtenidos gracias al seguimiento y control de esta enfermedad.²²

En todos los estudios prospectivos se ha evidenciado una importante reducción del riesgo de sufrir cáncer de pulmón al dejar de fumar, de forma que, después de 10 años, el riesgo es de un 30 a un 50% menos en comparación con los que continúan fumando, a pesar de que siempre se mantendrá más alto que el de los no fumadores muchos años después de dejar de fumar. Todos los tipos histológicos de cáncer de pulmón, incluido el adenocarcinoma, están relacionados principalmente con el consumo de cigarrillos.³³

Comparados con los fumadores que no dejan de fumar, los exfumadores presentan una disminución de la mortalidad por EPOC, una menor prevalencia de síntomas pulmonares y una reducción de la velocidad de disminución de la función pulmonar hasta hacerse similar, en muchos casos, a la de los no fumadores de su misma edad. En las mujeres, el riesgo de cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares es similar al de los varones. Las mujeres fumadoras que utilizan contraceptivos orales presentan un riesgo de coronariopatía 10 veces superior al de las no fumadoras.³⁴

El consumo de cigarrillos puede retrasar la concepción y causar problemas en el feto. Los recién nacidos de madres que fuman durante el embarazo pesan un promedio de 200-250 g menos que los de las madres que no fuman. Los riesgos de aborto espontáneo, embarazo y parto complicados, prematuridad, muerte perinatal (principalmente por los dos mecanismos anteriores) y muerte súbita del lactante también están aumentados. Estos efectos adversos parecen estar relacionados, principalmente, con el monóxido de carbono, aunque la nicotina puede también jugar un papel.³⁵

Existen diferencias sociales marcadas entre las mujeres que fuman durante el embarazo y las que no lo hacen; el consumo diario y un gran número de cigarrillos fumados se asocian con desventajas sociales, alta paridad, ausencia de pareja y bajos ingresos. Existe una proporción mayor de mujeres que dejan de fumar durante el embarazo en comparación con otros momentos de sus vidas.³⁵

Fumar tabaco es una conducta profundamente arraigada en las sociedades industrializadas. Los modelos sociales de comportamiento, que tienen influencia en la época de aprendizaje social (padres, maestros, compañeros,

etc.) y en la edad adulta (personalidades famosas, profesionales sanitarios, etc.), han contribuido a la extensión del tabaquismo.³³⁻³⁴

Ante estos factores, cada individuo responde de una manera personal, que está condicionada por factores de personalidad, como la tendencia a buscar cambios o nuevas sensaciones, la susceptibilidad a la influencia de amigos fumadores, la curiosidad, la rebeldía a las normas de familia y escuela, la anticipación a la edad adulta, etc. La mayoría de las personas que fuman comienzan a hacerlo durante la adolescencia (es raro empezar a fumar después de los 18 años) por los motivos psicosociales explicados. Al cabo de 2 o 3 años, es muy probable que esas personas se conviertan en fumadores regulares y desarrollen dependencia. Los adolescentes desarrollan adicción a la nicotina antes de tener la capacidad psicológica y la edad legal para decidir, por lo que la llamada «libertad de elección» es una quimera.³³⁻³⁴

La consulta de Atención Primaria (APS) ofrece una de las mejores oportunidades para la prevención, identificación, tratamiento, seguimiento y derivación, cuando sea necesaria, de las personas que fuman y Cuba tiene una cobertura total y de gran calidad para este accionar. La relación entre el profesional sanitario y el paciente, y alguna de sus características específicas, como la longitudinalidad, crean una situación especial en la que el paciente está más receptivo a los consejos sobre la salud.³³

Lo ideal y científicamente demostrado, es que los individuos no se expongan nunca a este nocivo tóxico, tomando medidas de prevención. Del latín *praeventio*, prevención es la acción y efecto de prevenir, (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño).³³ Por lo que resulta imprescindible mantener una actitud vigilante y activa ante esta adicción.

OBJETIVOS

Definir concepto de Tabaquismo y enunciar principales datos demográficos sobre Tabaquismo en países como Cuba, Latinoamérica y otras regiones del mundo. Identificar principales factores de riesgo causales y consecuencias del

Tabaquismo, en diferentes etapas de vida, así como, describir las principales medidas de prevención, acorde a la evidencia científica.

DESARROLLO

Ya conocemos que el tabaquismo es una adicción, que cuesta y es trabajoso en la práctica lograr el abandono del hábito, por lo que resulta ideal no exponerse a este y evitar la dependencia. Los seres humanos han utilizado o consumido diferentes tipos de sustancias adictivas con el fin de modificar o alentar su estado de humor, su pensamiento o cambiar incluso la propia conducta, la mayor parte de las veces en el marco de un uso socialmente aceptable, e incluso con el apoyo del criterio social, y es que el contacto con determinadas sustancias, tal es el caso de las contenidas en el tabaco, dentro de ellas la nicotina, son adictivas y es esta el estímulo relevante, con sus efectos tras la administración, y la conducta es la autoadministración de la sustancia, lo que hacen al ser humano dependiente de ellas, por lo que es mejor evitar el primer acercamiento a ellas.

A pesar de los conocimientos sobre los daños que ocasiona, es elevado el número de individuos que se suman cada año a la lista de fumadores. Es infrecuente que el propio paciente fumador solicite ayuda para dejar de fumar; en la mayoría de los casos, los sujetos consultan por diversos problemas de salud y no se han planteado en ese momento el tema del tabaquismo o no piensan que desde allí se les pueda ayudar a dejar de fumar. Por eso, es muy importante preguntar sobre el consumo a todas aquellas personas que acuden a la consulta, como parte de la actividad asistencial diaria y registrar los datos que se obtengan en la historia clínica.³³

En la bibliografía registrada aparece como el consumo del tabaco ha transitado por diferentes etapas, pero ya en la década de los 60, específicamente en 1964, en el 31 Informe del Consenso de Cirujanos, se redactó un documento en el que se describió la epidemia de tabaquismo entre los adolescentes y los adultos jóvenes; no solo incluye información epidemiológica, las causas, los efectos del consumo de tabaco en la salud y sino las intervenciones para la prevención de eficacia comprobada. Los jóvenes son vulnerables a las influencias sociales y ambientales para que consuman tabaco y están

expuestos constantemente a mensajes e imágenes que hacen el consumo de tabaco atractivo para ellos, incluso adultos, adolescentes consumidores, se convierten en promotores ante los niños, y son patrones no adecuados de estilos de vida no saludables.³⁴

Es cuestionable cómo las compañías tabacaleras gastan más de un millón de dólares por hora en EE.UU. en la publicidad de sus productos. La publicidad y las campañas promocionales del tabaco todavía atraen a demasiados jóvenes para que empiecen a consumir tabaco-cigarros de tamaño similar a los cigarrillos que contienen sabores de caramelos y frutas. Muchos de los novedosos productos de tabaco sin humo no requieren escupirlo y otros se deshacen en la boca como las mentas; entre estos productos están el "snus", un tipo de tabaco de mascar seco que viene en una bolsita parecida a las de té, así como pastillas para chupar y tiritas que se disuelven en la boca.³⁵

Estos productos son atractivos para los jóvenes, en parte porque se pueden usar sin que los detecten en la escuela u otros lugares en que está prohibido fumar. Sin embargo, estos productos causan y mantienen la adicción a la nicotina, y la mayoría de los jóvenes que los usan también fuman cigarrillos. Resulta penoso cómo mediante la publicidad y las actividades promocionales, los empaques y los diseños de producto, la industria tabacalera fomenta el mito de que fumar mantiene delgadas a las personas. Este mensaje es particularmente atractivo para los jóvenes, sin importar las consecuencias sobre la salud, tan solo es la ambición, el lucro de obtener dinero, sin importar las consecuencias.³⁵

Y es que hace más de medio siglo que existen evidencias de que el tabaco mata, sin embargo pese a múltiples informes y recomendaciones, apenas transcurre un día sin que se presente otro estudio con nuevas pruebas sobre los riesgos que implica el tabaco y el humo del tabaco pero, al mismo tiempo, miles de jóvenes y adultos, a los que se suman a edades más tempranas, también las féminas del mundo entero, quienes prueban su primer cigarrillo, lo que frecuentemente les precipita hacia una adicción que durará toda la vida y que causará más adelante múltiples enfermedades acortando su vida. El

tabaquismo en jóvenes puede causar tempranamente enfermedades del corazón, puede dañar los pulmones de inmediato y puede causar cáncer.

A pesar de que actualmente las personas jóvenes disponen de mucha información, ocurre que muchos medios de comunicación, a la vez que advierten de los peligros del tabaco, emiten mensajes de que fumar es audaz y de personas adultas. Esta es una de las razones por la cuales miles de menores fuman su primer cigarrillo. Se conoce que casi el 90% de estos nuevos consumidores de tabaco fuman su primer cigarrillo antes de los 18 años y el 99% antes de los 26.

En países como España (Navarra) en 2013, al igual que en otros países cercanos, el porcentaje de jóvenes que fuman viene disminuyendo anualmente, si bien el descenso es mayor en los varones que en las hembras: 21,3 de cada 100 jóvenes fuman diariamente y por primera vez en la epidemia del tabaco, las féminas de edades entre 14 y 23 años fuman más que los primeros, destacando de forma especialmente negativa el grupo de las jóvenes entre 14 y 18 años que duplica el porcentaje de los varones. Lo que es tremendamente alarmante. Igual se reporta en otras regiones del mundo como en México, como en muchas otras partes del mundo existe una tendencia a comenzar a fumar tabaco cada vez a edades más tempranas tanto en mujeres como varones, sin importar estrato social o económico, lo cual implica la urgente necesidad de establecer acciones preventivas destinadas a la población vulnerable.³⁷

En Ciego de Ávila (Cuba), se realizó un estudio observacional analítico retrospectivo para determinar los factores y marcadores de riesgo asociados al hábito de fumar en el género femenino, la mayoría comenzó a fumar durante la adolescencia, por imitación del modelo familiar y de actores, muchas habían intentado dejar de fumar,³⁸ por lo que denota la necesidad de la participación de varios actores, no solo el accionar de salud pública.

Investigación realizada en el 2015 en la ciudad Lima y Callao, para determinar el nivel de conocimiento sobre los peligros y riesgos en la salud que genera el tabaquismo en una población de no fumadores, fumadores y exfumadores, resulta muy interesante cómo en los tres grupos: la enfermedad más

relacionada al tabaco fue el cáncer de pulmón, seguida por el infarto del miocardio. Aseveraron en gran mayoría que la televisión fue el principal medio de difusión sobre los peligros del fumar, mientras las redes sociales aún no tienen un rol preponderante, esta es una muestra de lo insuficiente que resultan aún el accionar antitabaco.³⁹

La evidencia científica avala la utilidad de no iniciar, abandonar el Tabaquismo, independientemente de la edad y del sexo. Es por eso, que en cada contacto con los pacientes, en el escenario privilegiado de la APS o en cualquier otro nivel de atención de salud, debemos hacer el registro del consumo de tabaco en un apartado de la historia que permita el seguimiento evolutivo tanto de las intervenciones que se realicen como de los objetivos que se marquen y los resultados que se consigan; independientemente, el hecho de que una persona consuma o haya consumido tabaco o nunca se haya expuesto, lo que debe estar resaltado en la lista de condicionantes y problemas. Recordemos que el tabaquismo es un problema de salud pública de importancia internacional, es la causa singular y principal de mortalidad prevenible en el mundo y mata hasta la mitad de quienes lo consumen. El crecimiento constante de la población y las campañas de comercialización agresiva de la industria tabacalera han llevado a que el consumo de tabaco siga aumentando en los países en desarrollo. Si las tendencias actuales siguen su curso, para 2030 el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año.

En Cuba, específicamente en La Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar, publicada por el Ministerio de Salud Pública cubano (MINSAP), destaca en distintos momentos la promoción de salud y la prevención de enfermedades como acciones a desarrollar.⁴⁰ Sin embargo, autores como Rodríguez y Echemendía analizan como en ninguno de los acápites de este documento se hace alusión explícita y detallada, a una metodología que oriente concretamente a los profesionales sobre cómo desarrollar acciones preventivas y de promoción de salud,⁴¹ lo que no difiere de la necesidad de hacer estas actividades y la actualización sobre el tema desde una perspectiva docente y educativa, desde los inicios de nuestra formación como futuros galenos en contacto directo con la población, es una estrategia

válida de prevención e incorporarnos como verdaderos ejemplos, al ser nosotros no solo promotores antitabaco, sino no ser fumadores nunca.

Así lo exponen los autores de la investigación sobre la "Labor extensionista desde la universidad médica para prevenir el tabaquismo en niños y adolescentes", recomendando que la prevención del tabaquismo debe involucrar a maestros, padres, organizaciones sociales, profesionales de la salud, e incluso, estudiantes de las ciencias médicas. En el accionar de estos últimos las actividades extensionistas juegan un papel protagónico.⁴²

Actualmente, las primeras causas de muerte en Cuba son enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares. Por esta razón, solamente podremos cambiar el cuadro de salud, si logramos modificaciones substanciales en el estilo de vida de los cubanos, en los hábitos alimentarios, así como, reduciendo el sedentarismo y el tabaquismo. Estudios realizados reflejan que "el cubano se considera un pueblo de fumadores" y el hábito de fumar se encuentra estrechamente vinculado a las tradiciones, el folklor e inclusive a las luchas sociopolíticas.

Históricamente nuestro país se ha sumado a la lucha contra el Tabaquismo, por ejemplo en el año 1960 comenzó la prohibición de la publicidad en general, constituyendo la primera medida de control del tabaquismo en Cuba, seguida, en la década del 70 por la colocación de advertencia en los envases de las cajetillas de los cigarrillos y la información sobre la nocividad del tabaquismo, ofrecida a través de los profesionales de la salud y de los medios de comunicación social, se crea el Grupo Nacional para el Control del Tabaquismo, el principal espacio que potencia la generación de conocimientos, y fomenta la interacción e intercambio de información científica entre la comunidad de profesionales que contribuyen al control de tabaquismo en Cuba, dirigido a profesionales y técnicos del sector salud, estudiantes, y público en general que esté dispuesto a contribuir con acciones al control de tabaquismo en Cuba,⁴³ con una clara misión y visión promocional-preventiva sobre el tema, donde declaran la necesidad de sumarse todos los actores, no solo salud, sino educación, familia, agricultura, organismos expendedores, etc., sin intereses

lucrativos como en otros países, donde predomina lo económico, sobre la salud poblacional.

Otro ejemplo que demuestra el interés al tema que estamos tratando es que en 1988 por iniciativa de la OMS, quien recomendó a los gobiernos del mundo la celebración de cada 31 de mayo, para llamar la atención de los distintos grupos sociales, e informar sobre los problemas de salud pública que ocasiona el consumo de dicha sustancia adictiva de circulación legal y movilizar a la población en torno a conceptos preventivos que promuevan una vida saludable.⁴³ En nuestro país, no solo se hacen actividades promocionales-preventivas antitabaco para esta fecha, sino que nuestro estado, ha redactado múltiples resoluciones, circulares, leyes, etc., donde ha establecido de forma explícita apoyar las acciones antitabaco, por ejemplo:

- Establece la prohibición de fumar en todas las Unidades del Sistema Nacional de Salud.
- Dispone la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados, realizar por el Ministerio de Educación, el trabajo educativo con un enfoque preventivo y la prohibición de fumar en las instituciones educativas.
- Regula el acto de fumar en todo tipo de transporte público.
- Prohíbe fumar en todos los locales del ministerio del comercio exterior y su sistema empresarial.
- Prohíbe fumar en todas las edificaciones e instalaciones cerradas y en los medios masivos de transportación de las entidades del sistema de la industria básica, así como a los trabajadores en la prestación del servicio de atención a la población.
- Establece la prohibición de fumar en salas de cine, de teatro, de exposiciones, bibliotecas, ensayos artísticos u otras actividades, así como en oficinas y locales cerrados.
- Prohíbe fumar en las instalaciones deportivas.
- Establece el Registro Sanitario de los productos manufacturados del tabaco, regulando la inclusión, en el envasado de estos productos, de nuevas advertencias sanitarias que ocupen el 60% de una de las caras principales, con rotación anual, legible y en idioma español.

-Prohibición de fumar en los vehículos cuando se conduce en transporte público o colectivo de pasajeros.

-Establece la infracción de fumar en los vehículos cuando se conduce en transporte público o colectivo de pasajeros en el grupo 3 y la clasifica como de menos peligrosas, con una puntuación de 6 puntos y multa de una cuantía de 20.00 MN.

Sin embargo, todos hemos sido testigos de amplias violaciones de las mismas, existe el cuerpo legal, pero no se cumple a cabalidad, y muchos de nuestros colegas son partícipes directos al fumar, por lo que debemos continuar en esta lucha.

Por otra parte, se considera el concepto de "Ciudades Saludables" tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria.⁴⁴ Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable. En Cuba, los ambientes libres de humo de tabaco son aquellos en los que el aire no está contaminado por el humo generado por las personas durante el acto de fumar. No existe nivel seguro de exposición al humo ambiental de tabaco. Las sesiones separadas de no fumar, ni la ventilación ni los filtros, protegen a los no fumadores. Se recomiendan medidas como:

-Los programas eficaces con componentes múltiples previenen que los jóvenes empiecen a consumir tabaco en primer lugar y su costo es más que justificado por las vidas que salvan y el dinero que se ahorra en atención médica.

-Estrategias de programas integrales de control del tabaquismo que son eficaces como: campañas masivas en los medios de comunicación, precios más altos para los productos del tabaco, leyes y políticas antitabaco, programas escolares basados en evidencia y esfuerzos sostenibles de amplio alcance en la comunidad.

-Son más eficaces si su financiamiento se mantiene a los niveles recomendados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Trabajar en la promoción de ambientes libres de humo es un pilar fundamental en las estrategias de control del tabaquismo, el establecimiento de los procedimientos para la declaración de centros de trabajo libres de humo ha sido un paso importante para la lucha contra el tabaquismo.

De extrema utilidad, resulta todas las acciones en las gestantes, de las que resulta muy interesante, el éxito del abandono en este período de vida de la mujer, donde debe asumir el compromiso de dejar de fumar, tanto por su salud como por la de su bebé, tomando la resolución de dejar el cigarrillo y establecer como en otras edades un plan para lograrlo, aquí es imprescindible el apoyo socio-familiar y de la pareja.⁴⁵

Un análisis coste-utilidad del consejo médico para dejar de fumar en la Región de Murcia (España), avala la idea de recomendar de esta intervención considerando el criterio de eficiencia a largo plazo.⁴⁶

Ya lo hemos mencionado, la Salud Pública no puede accionar sola contra el Tabaquismo, por lo que existe la voluntad política a nivel Regional y mundial sobre el tema:

El sexto reporte de la OMS sobre «La epidemia global de tabaquismo», la que constituye un testamento al progreso notable que muchos países en vías de desarrollo, tienen para reducir el uso del tabaco y disminuir en personas en riesgo, la incidencia de los diferentes tipos de cáncer, enfermedades del corazón y del pulmón.

En general existen múltiples Programas preventivos como el de Cuba y el mundo, y otros donde la prevención debe atender los 3 componentes del problema: el agente (tabaco), el huésped (consumidor) y el entorno. Hay varios tipos de estrategias que pueden realizarse, como se ha comentado previamente. Unas actúan sobre la protección de la salud, se aplican en el medio ambiente (disminuir la oferta y la disponibilidad para el consumo) y son responsabilidad de los gobiernos; se llevan a cabo mediante la adopción de medidas legislativas que limiten la accesibilidad económica (precio, impuestos) y la física (prohibición de la venta a menores, consumo en lugares públicos, control de las normativas vigentes, etc.). Otras estrategias consisten en la disminución de la demanda de tabaco, están orientadas a la promoción de la

salud y la prevención de la enfermedad, y se llevan a cabo sobre las propias personas mediante la información general de la sustancia consumida; ambas se hacen efectivas mediante la “educación sanitaria o la educación para la salud”. Múltiples son los ejemplos de prevención tanto en Cuba, en la región de Latinoamérica y el mundo, exponiendo la verdadera máscara y sus consecuencias del Tabaquismo, la intención es común, evitar que las personas inicien el contacto con el tabaco.

La OMS fue la primera en introducir las seis medidas *MPOWER* para reducir la aparición del hábito tabáquico, una década después, el porcentaje de la población del mundo cubierta por lo menos una de las seis medidas de *MPOWER* creció de 15% a más de 60%. *MPOWER* constituye una herramienta eficaz en la lucha contra esta epidemia y sus consecuencias.^{47,48}

M (*Monitor*) Monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control del tabaco.

P (*Protect*) Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco.

O (*Offer*) Ofrecer ayuda para abandonar el uso del tabaco.

W (*Warn*) Advertir sobre los peligros del tabaco.

E (*Enforce*) Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

R (*Raise*) Aumentar los impuestos al tabaco.

Desde la introducción hace un decenio del plan *MPOWER* como herramienta para facilitar la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) los logros conseguidos han sido considerables. Casi dos tercios de los países (121 de 194) —es decir, el 63% de la población mundial— han introducido al menos una medida *MPOWER* al máximo nivel de cumplimiento; han disminuido las ventas globales de tabaco, lo que redundo en que más de 3.5 mil millones de personas están siendo protegidas por este grupo de medidas de nivel gubernamental, con la toma de consciencia del tabaquismo como un problema real y serio de salud. Permitiendo una reducción promedio de las proporciones de las personas que fuman, por ejemplo, en 126 países que se han sumado a *MPOWER*, disminuyeron de 24.7% en 2005 a 22.2% en 2015 una reducción de

2.5%. Por lo que estos constituyen ejemplos, de cuan serio es el problema, en que es un tema de carácter e interés mundial, con estrategias y seguimiento en cada región o país comprometido.

Tener en cuenta que siempre va a ser válida la intervención preventiva y terapéutica incluso en los que ya fuman, pero lo ideal es no comenzar a fumar.

Por lo tanto, es una epidemia, sí, pero se puede prevenir. Podemos ayudar a los adolescentes y adultos jóvenes, incluso en los adultos mayores a decir no al tabaco, no ser ejemplos negativos ante nuestros niños. Si las personas jóvenes no empiezan a consumir tabaco antes de los 26 años, lo más probable es que nunca lo consumirán. La buena noticia es que hay muchas cosas que podemos hacer: crear un mundo en que consumir productos de tabaco sea la excepción y no la norma, educar y ayudar a elegir opciones saludables, programas educativos escolares, campañas de medios de comunicación, dar ejemplo como personas adultas evitando consumir tabaco y ofrecer ayuda para dejar de fumar en el caso de que ya se esté fumando.

CONCLUSIONES

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones. Suele iniciarse desde la adolescencia, tiene una alta incidencia y prevalencia, tanto en jóvenes como en la población en general. Así como en todos los países de la región y el mundo, tanto en países de pocos, como de más recursos. Es la principal causa prevenible de muerte, y el principal agente medioambiental causante de enfermedad en los seres humanos, con un predominio en el sexo masculino, pero con un claro aumento en las féminas. Es el principal factor de riesgo para seis de las ocho causas principales de muerte a nivel mundial, así como para las cuatro enfermedades no transmisibles más prevalentes: cardiovasculares, el cáncer, respiratorias crónicas y la diabetes mellitus, que ocasionan discapacidad y muerte, sin distinguir, edad, sexo, ni estrato social. Las características de la personalidad, el ambiente y el ejemplo familiar, de los educadores y del grupo de amigos son de gran influencia para iniciarse en el consumo de tabaco, ocasionando cambios a nivel molecular, telómeros y de neurotransmisores cerebrales. A todo esto, se añade el elevado

poder de adicción que tiene la nicotina. La prevención es de suma importancia, la Atención Primaria de Salud tiene una posición privilegiada para este accionar. Dentro de las principales medidas preventivas acorde a la evidencia científica se encuentran, los programas con componentes múltiples, Ciudades Saludables, ambientes libres de tabaco, los programas integrales de control del tabaquismo como las campañas masivas en los medios de comunicación, leyes y políticas antitabaco, programas escolares y esfuerzos sostenibles de amplio alcance en la comunidad, con apoyo de los niveles recomendados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2014: 1-21. <http://www.surgeongeneral.gov/>
2. González, Efraín Sánchez, and Fe Fernández Hernández. "La pérdida de productividad laboral atribuible al tabaquismo." *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 17.2 (2016): 57-60.
3. Pastor, Francisco Pascual, and Stella Vicéns Llorca. "Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco." *MONOGRAFÍA TABACO* 16.suplemento 2 (2004): 13.
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013: 574-80. ISBN 978-0-89042-554-1 ISBN 978-0-89042-555-8
5. A. Pérez Trulléna, I. Herrero, M.L. Clementec, L. Escosad. Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: ¿a quién, cuándo y cómo

- realizar la deshabituación tabáquica? Arch Bronconeumol 2004;40(Supl 3):63-73
6. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Ginebra, Suiza: 2005.
 7. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: 2015: 1-7.
 8. Røttingen, John-Arne, et al. "Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory?." The Lancet 2013; (382.9900): 1286-1307.
 9. Mazières J, Daste G, Molinier L, Berjaud J, Dahan M, Delsol M, et al. Large cell neuroendocrine carcinoma of the lung: pathological study and clinical outcome of 18 resected cases. Lung Cancer 2002; 37:287-92
 10. Report of a WHO Study Group. WHO technical report series; no. 945, 2016; 1-120 ISBN 978 92 4 120945 8 ISSN 0512-3054
 11. U.S. Public Health Service Office of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Public Health Service; 2014: 1-5.
 12. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013:18-29. ISBN 978-92-75-31738-9
 13. Karla Unger-Saldaña, Mayra Ferreyra, Márcio Debiasi, Pedro E R Liedke, Diego Touya, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. Lancet Oncol 2013; 14: 391-436
 14. José Miguel Clavero R. Nódulos pulmonares. Rev Clinic Chil Las Condes, 26(3), 2015: 1-4.
 15. Guo W, Zhao YP, Jiang YG, Wang RW, Ma Z. Surgical treatment and outcome of pulmonary hamartoma: a retrospective study of 20-year experience. J Exp Clin Cancer Res 2008; 27:8.
 16. Estrategia y Plan de Acción para la salud integral en la niñez. Washington, DC: OPS, 2013: 8-20. ISBN 978-92-75-31730-3

17. Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, Marco de la OMS para la colaboración con agentes no estatales, WHA 69.10, 28 de mayo de 2016, párrafo 44.
18. Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS, 2016. ISBN 978-92-75-31886-7
19. Frank Chaloupka, Afab Anwar Baloch, Rajeev Cherukupalli, Rob Cunningham, Milwida M. Guevara, et al. WHO Technical Manual On Tobacco Tax Administration, 2011: 1-144. ISBN 978 92 4 156399 4
20. Michael Marmot, Tola Atinmo, Tim Byers, Junshi Chen, Tomio Hirohata, et al. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. 2007: 5-202. ISBN: 978-0-9722522-2-5 Disponible en: <http://www.dietandcancerreport.org/>
21. Alberto Barceló, Joanne Epping-Jordan, Pedro Orduñez, Silvana Luciani, Irene Agurto, Renato Tasca. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013:8-56. ISBN 978-92-75-31738-9
22. Anuario Estadístico de Salud. Cuba. MINSAP-Dirección de Estadísticas Médicas y Registro de Salud. 2016: 27-34. ISSN: 1561-4433. [Internet] [fecha de consulta: 2 de diciembre 2017.] Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/ o <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
23. Resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, A/RES/66/2 (24 de enero de 2012), párrafo 38.
24. Varona P, Bonet M, García R, Chang M, Suárez R, et al. La vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas implementada en 12 municipios cubanos. MEDICC Rev. 2014 Jan;16(1) Disponible en:

[http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=27&id=344&a=vah
tml](http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=27&id=344&a=vahtml)

25. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Altekruse SF, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2013: 2-15. National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2013/
26. Paul E Goss, Brittany L Lee, Tanja Badovinac-Crnjevic, Kathrin Strasser-Weippl, Yanin Chavarri-Guerra, et al. Towards defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: there commendations from the National Instituteon Aging-Alzheimer's Association Workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7:280-92.
27. Mary C. White, Dawn M. Holman, Jennifer E. Boehm, Lucy A. Peipins, Melissa Grossman, S. Jane Henley. Age and CancerRisk A PotentiallyModifiableRelationship. *Am J PrevMed* 2014; 46(3S1):S7–S15. Elsevier Inc.
Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.029>
28. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy. PCD Collection: Multiple Chronic Conditions 2013; Vol.10: 3-5. Doi: Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/collections/pdf/PCD_MCC_Collection_5-17-13.pdf.
29. Goodman RA, PosnerSF, Huang ES, ParekhAK, KohHK. Defining and MeasuringChronicConditions: ImperativesforResearch, Policy, Program and Practice. *PreventingChronicDisease* 2013; 10: 120239. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120239>.
30. Pichon-Rivière A, Regueiro A, Souto A, Augustovski F. Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en América Latina. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2015. [Internet] [fecha de consulta: 18 de noviembre 2017.]
Disponible en: <http://www.iecs.org.ar/wpcontent/uploads/Carga-de-enfermedad-tabaquismo-LA-e-impuestos-IECS.pdf>

31. Eckel RH, JakicicJM, ArdJD, et al. AHA/ACC guideline on life style management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*. 2013. doi:10.1161/01.cir.0000437740.48606.d1.
32. Juan A. Riesco Miranda. La SEPAR: determinación y compromiso de una sociedad científica ante la epidemia del tabaquismo. *ArchBronconeumol*. 2016; 52(8):409-10
33. Carmela Martínez Vispo, Elisardo Becoña Iglesias. La sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco: una revisión *Ansiedad y estrés*, 2016. 22(2-3): 118-22. ISSN 1134-7937
34. U.S. Department of Health Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. [Atlanta, Ga.]: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Washington: Surgeon General; 2014.
35. Carmela Martínez Vispo, Elena Fernández del Río, Ana López Durán, Elisardo Becoña Iglesias. Influencia de la sensibilidad a la ansiedad en una intervención psicológica para dejar de fumar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 21(1), 2016: 11-19. ISSN 1136-5420
36. Paulo Vitória, José Cunha Machado, Sofia B. Ravara, Ana Carolina Araújo, Catarina Samorinha, Henedina Antunes, Manuel Rosas, Elisardo Becoña Iglesias, José Precioso. Portuguese children's exposure to second-hand tobacco smoke in the family car. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 29(2), 2015: 131-134. ISSN 0213-9111
37. Yadira Arias López, Mayra Cristina Quiñones Rodríguez, Odalys Rodríguez Marín, Yeline Ruiz Betancourt. *Rev del Hosp Psiquiat de La Hab. Supl* 2014.
Disponible en: <https://www.sld.cu /sitios/luchaantitabaquica/verpost/php>

38. Mori E, Mori H, Salazar-Rojas R, Torres-Mallma C, Valer-Villanueva S, Gonzales L, et al. Revista Horizonte Médico [serial on the Internet]. (2016, Jan), [cited September 5, 2016]; 16(1): 32-37
39. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Barcelona (España): Tallers Gràfics Canigó, SL; 2000.
40. Mariela Rodríguez Méndez, I Belkis Echemendía Tocabens La prevención en salud: posibilidad y realidad. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 2011;49(1):135-50
41. Martínez Frómata Marlisis, Toledo Pimentel Bárbara Francisca, Moreira Silverio Betty, González Fernández Isis, Torres Toledo Daniel, Hernández Rodríguez Ernesto. Labor extensionista desde la universidad médica para prevenir el tabaquismo en niños y adolescentes. EDUMECENTRO 2016, 8(1): 1-6. ISSN 2077-2874 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>
42. Elba Lorenzo Vázquez. Red Cubana para el control del tabaquismo. Programa para la prevención y el Control del Tabaquismo en Cuba. MINSAP. Red cubana para el control del tabaquismo. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. [Internet] [fecha de consulta: 8 de diciembre 2017.] Disponible en: <http://www.sld.cu>
43. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Intervenciones eficaces en materia de régimen alimentario y actividad física: Informe resumido [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C; 2012 [citado 15 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org>
44. Patricia Folan, RN, DNP, Andrea Spatarella. Tabaquismo durante el embarazo. Am J Respir Crit Care Med, (189):7-8, 2014. Disponible en: www.thoracic.org
45. Ángel López-Nicolás, Marta Trapero-Bertrán, Celia Muñoz. Coste-utilidad del consejo médico para dejar de fumar en la Región de Murcia. Aten Primaria. 2017; 49(7):407-16.

46. Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2008: Plan de medidas MPOWER, sin humo y con vida. Ginebra: OMS; 2008. [Internet] [fecha de consulta: 8 de diciembre 2017.]

Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower>

47. Organización Panamericana de la Salud. Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2013. . [Internet] . [fecha de Acceso el 13 de noviembre de 2015.] [fecha de consulta: 8 de diciembre 2017.] Disponible en: <http://www.paho.org>

48. Elisardo Becoña Iglesias. Tabaco, prevención y tratamiento. 2016:1-224. Ediciones Pirámide. ISBN 978-84-368-2048-5