

Artículo original

Riesgo tabáquico en adultos mayores desde la consulta de cesación

[Jesús Cuéllar Álvarez](#),¹ Ana Zeida Fuentes Martínez,² Leonardo Rodríguez Méndez,³ Pedro Iglesias López³

¹Licenciado en Psicología.

²Ms.C en Psicología Médica.

³Dr.Cs. Psicológicas.

⁴Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

Departamento de Psicología. Policlínico Docente “José Ramón León Acosta”

Departamento de Psicología. Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas.
Santa Clara.

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

Objetivo: caracterizar el riesgo tabáquico geriátrico desde la consulta de cesación.

Método: se realizó un estudio descriptivo, transversal, de un universo de 80 quedó una muestra de 41 adultos mayores fumadores activos. Se empleó métodos empíricos; entrevista abierta, cuestionario para dejar de fumar, así como técnicas didácticas y participativas, revisión de las historias clínicas individuales y de salud familiar.

Resultados: predominó el sexo masculino, el 51.2 % de los ancianos fumadores tenían edades comprendidas entre los 60 y 80 años de edad, el 78 % posee un incremento de riesgo tabáquico, las causas más frecuentes de dicho riesgo fueron la búsqueda de relajación, el estar ansioso, deprimido y solos, quedando representado por 29 de los adultos mayores en estudio que fuman con más frecuencia en sus domicilios y lugares públicos de su comunidad, siendo la vía de adquisición de los cigarrillos más común en las tiendas del estado y vendedores callejeros, forma en la cual adquieren los cigarrillos el 61 %.

Conclusiones: las dificultades están relacionadas con los estilos de vida insanos asumidas por los ancianos y las demandas insatisfechas en la vida cotidiana, dominados por diferentes moduladores psicológicos.

Palabras clave: factor de riesgo, hábito de fumar; tabaquismo, anciano.

ABSTRACT

Objective: characterize the risk tobacco geriatric from the ceasing consultation.

Method: descriptive, traverse study, of a universe of 80 it was an active smoking bigger sample of 41 adults. It was used empiric methods; interviews open, questionnaire to stop to smoke as well as technical didactic and participative, revision of the individual clinical histories and of family health.

Results: The masculine sex, 51.2 % of the smoking old men prevailed they had ages understood between the 60 and 80 years of age, 78% possesses an increment of risk tobacco, the most frequent causes in this risk were the relaxation search, being anxious, depressed and alone, being represented by 29 of the old men in study that you/they smoke with more frequency in their homes and public places of its community, being the road of acquisition of the most common cigarettes in the stores of the state and street salespersons, it forms in which you/they acquire the cigarettes 61 %.

Conclusions: the difficulties are related with the insane lifestyle assumed by the old men and the unsatisfied demands in the daily life, dominated by different psychological modulators.

Keywords: risk factor, smoke of habit; tobacco, elderly.

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor en Cuba ocupa más del 19 %, relacionado a la población general y se espera que para el año 2025, uno de cada cuatro cubanos sea adulto mayor. De esta población sólo el uno por ciento se encuentra en instituciones, el 9 % vive solo y el resto convive con familiares, de ahí que Villa Clara sea una de la provincia más envejecida de Cuba.^{1,2}

Los fumadores de 60 años o más son un grupo de pacientes vulnerables, con riesgo de enfermedades complicadas por el hecho de fumar. Pueden obtener beneficios significativos en su salud si abandonan este hábito, aunque probablemente llevan fumando muchos años y sufren una gran adicción.³

Los factores de riesgo sociales son aquellas características o rasgos vinculados a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor para desarrollar enfermedades o daños. Estos factores dependen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y de aceptar los cambios y los retos que lleva implícito el envejecimiento.⁴

La conducta humana forma parte de los determinantes de la salud junto con otros aspectos de índole biológica, política, económica, social, cultural y ambiental, que serían susceptibles de ser intervenidos para el mejoramiento de la salud en la comunidad, tal como lo proclama la Carta de *Ottawa*.⁵

El tabaquismo, o hábito de fumar, es definido como un trastorno causado por una sustancia capaz de producir dependencia, la nicotina. Se considera una verdadera drogadicción difundida en todo el mundo. Alcanza una prevalencia mundial del 47 % en la población masculina de adultos, frente al 12 % en la mujer y en los últimos años se observa un comienzo más precoz del hábito, particularmente en el inicio de la adolescencia.⁶

El hábito de fumar podría estar inmerso en el estilo integral de vida de las personas, entendido este como el conjunto de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se podría ejercer cierto grado de control, que tiene también un efecto sobre la salud y la conducta de quienes conviven.⁷

Según la OMS el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno.

Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco.⁸

El control del tabaquismo en Cuba comenzó en 1960, con la prohibición de la publicidad, seguido de la colocación en los envases de las cajetillas de cigarro, de la información sobre la nocividad de su consumo, hasta que se lanzó la campaña contra el hábito de fumar en 1985 que devino luego Programa Nacional.⁹

Actualmente Cuba ocupa el quinto lugar en América Latina y el Caribe en cuanto a la prevalencia del tabaquismo, siendo Chile y República Dominicana los países de mayor incidencia en nuestro continente.¹⁰

Villa Clara es una de la provincia más envejecida de toda Cuba y se encuentra inmersa dentro de esta problemática, presentando números estadísticos muy parecidos a la media nacional, con un alza en cuanto a las enfermedades respiratorias, cáncer, afecciones cardiovasculares y diabetes como consecuencia del hábito de fumar, considerándose la enfermedad no genética que más reduce la esperanza de vida.

La carencia de estudios sobre el hábito de fumar en el ámbito local y el aumento de los pacientes fumadores, sobre todo en adultos mayores nos motivó a realizar el presente estudio encaminado a dar solución al siguiente problema científico: ¿Qué características presenta el riesgo tabáquico geriátrico desde la consulta de cesación? El objetivo general consiste en caracterizar el riesgo tabáquico geriátrico desde la consulta de cesación”.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el período comprendido de enero a diciembre de 2016, con el objetivo de caracterizar el riesgo tabáquico geriátrico desde la consulta de cesación perteneciente al policlínico “José Ramón León Acosta” de Santa Clara.

Fue objeto de estudio una población de 80 pacientes geriátricos y la muestra quedó constituida por 41 adultos mayores en los que se identificó la presencia del hábito de fumar, a los cuales previamente se les tomó consentimiento informado, al igual que a sus familiares para participar en el estudio. La selección de la muestra se basó en los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores fumadores activos del área de salud que poseen condiciones psíquicas favorables para responder las preguntas.
- Pacientes geriátricos de entre 60 a 75 años de edad.
- Que residieran en el área escogida.

Criterios de exclusión

- No desearon participar en la investigación.
- Adultos mayores que emigren de su lugar de residencia durante el estudio.

Se utilizaron las siguientes variables a partir de los datos obtenidos: edad de inicio del hábito, causas de inicio del hábito de fumar, cantidad de cigarrillos consumidos por día, modo de obtención, presencia del hábito de fumar en la familia, comportamiento de los padres hacia el hábito de sus hijos, funcionamiento familiar. etc.

Recogida de la información

Para la realización de la investigación se utilizaron como técnicas la revisión documental que incluyó la historia de salud familiar, historias clínicas individuales y se aplicó un test de Richmond con el objetivo de obtener información referente a la motivación para dejar de fumar en los adultos mayores.

Procesamiento Estadístico

La información se almacenó en un fichero de datos en SPSS versión 21.0 y se presenta en tablas y gráficos estadísticos, para la descripción se calculó la media aritmética, desviación estándar, frecuencias absolutas y porcentos.

En el análisis se utilizan pruebas no paramétricas como Chi Cuadrado para bondad de ajuste e independencia de factores, así como la prueba U de Mann Whitney. Se trabajó con niveles de significación del 1 y el 5 %.

Procedimiento

Para comenzar el desarrollo de la investigación se realizó una revisión bibliográfica del tema haciendo un minucioso análisis de los aspectos más

relevantes en el medio cubano como a nivel internacional solicitándose autorización a los adultos mayores y sus familiares, pertenecientes al policlínico docente “José Ramón León Acosta” para la realización del estudio. A estos se les explicó la importancia de la investigación.

Descripción de las técnicas

Técnicas didácticas: Permitirán la reflexión y análisis sobre diferentes temas. Son muy utilizadas en grupos de autoayuda. Su utilización debe tener en el grupo cierto grado de cohesión y comunicación para tener resultados favorables.

Técnicas participativas: Permitirán al equipo de salud modificar el comportamiento del de los sujetos, son muy útiles para lograr sensibilizar e interiorizar en los individuos sobre aspectos de la salud.

-Técnica didáctica: “Lluvia de ideas”

Objetivo:

-Consolidar los conocimientos relativos a conceptos claves referidos al hábito de fumar, factores de riesgo y repercusión sobre la salud.

Contenido: La sesión se iniciará con la rememoración de las actividades de la anterior incorporando algunos conceptos relativos a factores de riesgo y consecuencias sobre la salud siempre a través de técnicas didácticas. Reforzando a vez que se juega, la comunicación con ellos, así como estimular hábitos saludables y llevarlos a la reflexión sobre hábitos no saludables, como fumar en exceso, ingerir bebidas alcohólicas, etc.

Cada participante pone en común el conjunto de ideas o conocimientos que tiene sobre un tema, para llegar a acuerdos comunes. En este caso, cada uno escribe en una tarjeta una sola idea sobre el tema y después se discute en el grupo, el coordinador va poniéndolas en la pared o pegándolas en el pizarrón donde se hacen las conclusiones.

-Técnica participativa: “toca algo a azul”

Objetivo:

-Fundamentar el apoyo de la familia para la prevención del riesgo tabáquico geriátrico.

Contenido: La sesión se iniciará con la rememoración de las actividades de la actividad anterior incorporando los temas referidos al importante papel que juega la familia en la prevención del hábito de fumar, así como la importancia de la misma para preservar la salud: En esta sesión se aplicará la técnica “toca algo a azul”. Pide a los participantes que se pongan de pie. Explíqueles que les va a pedir que encuentren algo azul y que ellos tengan que ir a tocarlo. Continúa el juego de esta manera, pidiendo a los participantes que digan sus propias sugerencias de cosas para tocar.

-Técnica participativa: Dramatización.

Objetivo:

-Familiarizar a los adultos mayores con las consecuencias del riesgo tabáquico.

Contenido: La sesión se iniciará con la familiarización del grupo con el tema del tabaquismo a través de la dramatización de ejemplos de personas que ellos conozcan que presenten este hábito, tratados siempre de forma ética, incluyendo su cotidianidad, sus limitaciones y sus complicaciones; el facilitador llevará al grupo a vivenciar situaciones dadas en la comunidad sobre complicaciones del tabaquismo que limitan y llevan a la discapacidad y disfuncionalidad en los adultos mayores.

Objetivo: Representar sus propios ideas, temores e inhibiciones o limitaciones respecto al consumo tabáquico como un riesgo para la salud geriátrica.

Esta técnica se refiere a la interpretación teatral de un problema o de una situación en el campo general de las relaciones humanas sociales, familiares e incluso intrapersonal.

Desde el punto de vista psicológico alienta la participación de los miembros del grupo liberándolos de inhibiciones ayudándolos a expresar y proyectar sus emociones y actitudes con relación al riesgo tabáquico para la salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se puede apreciar en la tabla No.1 referida a edad y sexo en que el riesgo tabáquico se incrementa, predominan los adultos mayores que lo hacen de forma persistente (60 - 75 años) representado por 32 de ellos para un 78 %, comportándose de manera muy similar en cuanto al sexo, encontrando que en el sexo femenino 8 pacientes geriátricos para un 66.7 % y en el sexo masculino 24 para un alto 82.8 %. Existe una diferencia en cuanto a la edad promedio de inicio del riesgo tabáquico con respecto al sexo, encontrando que en el sexo femenino es de 15.2 años y en el sexo masculino de 13.8 años, por lo que podemos llegar a la conclusión que el sexo masculino comienza a tener riesgos tabáquicos complicados en edades más tempranas que el sexo femenino.

Tabla No. 1. Distribución de adultos mayores según edad y sexo en que el riesgo se incrementa.

Edad que se incrementa el riesgo tabáquico	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 75	8	66.7	24	82.8	32	78,0
76 - 80	4	33.3	5	17.2	9	22,0
Total	12	100	29	100	41	100,0
<i>Media ± DE</i>	<i>15,2 ± 1,8</i>		<i>13,8 ± 1,6</i>		<i>14,2±1,7</i>	

Fuente: Modelo de recogida de información

El promedio de edad al inicio del hábito es significativamente menor en los adultos mayores del sexo masculino según resultados de la prueba U de *Mann Whitney* con valor de $p=0,0048$.

La tabla 2 se refiere a las causas de inicio del riesgo tabáquico según el sexo, donde se aprecia que la causa más común por la que los adultos mayores comienzan a fumar es para sentirse relajado, así respondieron 40 de los 41 pacientes geriátricos en estudio para un 97.6 %, le sigue la presencia de ansiedad con 31 adultos mayores para un 75.6 % y en tercer lugar sentirse solo con 29 para un 70.7 %. Es importante destacar que los adultos mayores que fuman porque sienten gusto o placer tienen una alta probabilidad de seguir fumando, quedando reflejado en el trabajo, donde 28 de los pacientes admitieron que comenzaron a fumar por causas de depresión, para un 68.3 %.

Tabla No. 2. Distribución de adultos mayores según causas de inicio del riesgo tabáquico y sexo.

Causas de inicio del riesgo Tabáquico	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sentirse solo	8	66.7	21	72.4	29	70,7
Gusto o placer	5	41.7	14	48.3	19	46,3
Ansiedad	9	75.0	22	75.9	31	75,6
Depresión	8	66.7	20	69.0	28	68,3
Para tener concentración	0	0	3	10.3	3	7,3
Sentirse relajado	11	91.7	29	100	40	97,6
Total	12		29		41	

Fuente: Modelo de recogida de información

Al analizar la proporción de adultos mayores en cada sexo para cada una de las causas, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas según

resultados de la prueba Chi Cuadrado con valores de $p > 0,05$ en cada uno de los análisis.

En la tabla No. 3 que hace referencia al funcionamiento familiar con respecto al comportamiento de los miembros de la familia ante el riesgo tabáquico de los ancianos fumadores activos, se aprecia que la mayoría de los adultos mayores fumadores forman parte de familias moderadamente funcional con un total de 24 para un 58.5%, seguidas de las familias funcionales con 11 para un 26.8 % y solo 6 forman parte de familias disfuncionales para un 14.7 %. Podemos apreciar que 27 de los miembros familiares (65.8 %) regañan a los ancianos fumadores y 9 (22 %) aconsejan; solo 5 (12.2 %) son indiferentes al riesgo para la salud de los ancianos fumadores activos.

Tabla No.3. Distribución de adultos mayores según Funcionamiento Familiar y Comportamiento de los miembros ante el riesgo tabáquico.

Funcionamiento familiar	Comportamiento de los miembros ante el riesgo tabáquico						Total	
	Regaño		Consejo		Indiferencia			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Funcional	7	17.1	4	9.8	0	0	11	26.8
Moderadamente funcional	19	46.3	5	12.2	0	0	24	58.5
Disfuncional	1	2.4	0	0	5	12.2	6	14.7
Total	27	65.8	9	22.0	5	12.2	41	100

Fuente: Modelo de recogida de información

Para analizar la posible relación entre las variables se unieron las categorías de la variable comportamiento de los padres en (indiferencia o no) y al calcular el estadístico exacto de Fisher se evidencia relación altamente significativa con valor de $p=0,000$.

En la tabla No. 4 podemos apreciar que predominan los adultos mayores que fuman de 11 a 20 cigarrillos al día representando por 16 para un 39% de la muestra, seguidos de los que fuman de 6 a 10 cigarrillos al día con un total de 10 para un 24.4 %, si bien los que fuman más de 20 cigarrillos en el día quedo constituido por 9 (22 %) debemos aclarar que estamos hablando de adultos mayores donde las edades oscilan entre 60 a 75 años comprendida como edad espiritual, los cuales no tienen el per cápita suficiente para saciar su vicio y por ende depende del dinero que le dan sus familiares como ayuda para su alimentación o por envíos de remesas desde el exterior. En relación al sexo se aprecia que con mayor frecuencia las féminas consumen de 2 a 5 y de 6 a 10 cigarrillos diarios, quedando ambos grupos representados por 4 adultos mayores para un 33.3% cada uno, el sexo masculino tiene una tendencia a fumar más, siendo el grupo de los que consumen de 11 a 20 cigarrillos al día el más representado con un total de 14 para un 48.3%, seguido de los que fuman más de 20 cigarrillos en el día con 7 para un 24.1 %.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según cantidad de cigarrillos consumidos por día y sexo.

Cantidad de cigarrillos	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
2 - 5	4	33,3	2	6,9	6	14,6
6 - 10	4	33,3	6	20,7	10	24,4
11 - 20	2	16,7	14	48,3	16	39,0

Más de 20	2	16,7	7	24,1	9	22,0
Total	12	100	29	100	41	100

Fuente: Modelo de recogida de información

Se evidencia una relación estadísticamente significativa entre la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente y el sexo según U de *Mann Whitney* con valor de $p=0,049$.

En la tabla 5 que hace referencia a modo de obtención del cigarrillo con relación a la cantidad de cigarrillos fumados en día, observamos que la principal vía para la obtención de los cigarrillos por los pacientes geriátricos en estudio es mediante tiendas y vendedores callejeros, quedando constituido por 25 adultos mayores para un 61 %, seguido de la mediación de amigos vecinos en el cual quedó representado por 10 pacientes geriátricos para un 24.4 %, siendo el de menor número los adultos mayores que le piden cigarrillos a sus amigos para un discreto 14.6 %, cabe aclarar que si bien el estudio recoge a 7 adultos mayores con 70 años de edad, dentro de este grupo quedarían 18 que todavía no sobrepasan la edad de 70 años y aun así obtienen los cigarrillos mediante establecimientos estatales o particulares, dejando en evidencia la falta de conciencia y control de los vendedores. En cuanto a la cantidad de cigarrillos fumados al día vemos que la causa más común dentro del grupo que fuman de 2 a 5 cigarrillos es pedirles a sus amigos vecinos, mientras que los que fuman de 6 cigarrillos en adelante encontramos que la compra en tiendas o a vendedores particulares constituye el principal modo de obtención.

Tabla No.5. Distribución de adultos mayores según modo de obtención de los cigarrillos y cantidad fumados en el día.

Modo de obtención	Cantidad de cigarrillos								Total	
	2 a 5		6 a 10		11 a 20		Más de 20			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%

Tienda o vendedor callejero	0	0	5	50	11	68.7	9	100	25	61
Ofreciéndole dinero a alguien	1	16.7	4	40	5	31.3	0	0	10	24.4
Pedir a amigos	5	83.3	1	10	0	0	0	0	6	14.6
Total	6	100	10	100	16	100	9	100	41	100

Fuente: Modelo de recogida de información

El riesgo de fumar es una causa evitable de morbilidad y mortalidad que produce anualmente aproximadamente 1 millón de muertes, solo en la región de las Américas, más que el SIDA, el alcohol, el abuso de drogas, los accidentes de tráfico y la violencia combinadas. De seguir la tendencia actual, en el año 2030, morirán en el mundo 10 millones de personas, 7 de las cuales serán en los países en desarrollo,⁹ pues ocasiona cáncer en diversos órganos y causa otras enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las enfermedades coronarias, accidentes vasculares encefálicos (AVE), etcétera.

Los resultados de dicha investigación se corresponden con la tendencia mundial y nacional ya que cada vez aumenta más el riesgo tabáquico en los adultos mayores. Coincide con un estudio realizado por diversos autores,^{11,12} sobre el tabaquismo en adultos en una comunidad en España, donde se reportó que la edad media de inicio en el riesgo tabáquico, se sitúa entre los 60 años de edad. Otros estudios,^{13,14} plantean que el inicio temprano del riesgo trae futuros problemas de salud²⁶ y es la puerta de entrada para el consumo de alcohol u otras drogas legales. Habitualmente, se reporta que la edad que más se incrementa el riesgo tabáquico, comienza a partir de los 60 años,^{15,16} sin embargo, hay otros autores que lo sitúan después de los 76 años.

Debido a la temprana edad en que el riesgo tabáquico se está evidenciando, se realiza esta investigación en donde apreciamos que las edades más comprometidas en el estudio son de 60 a 75 años siendo predominante el sexo masculino.^{17,18} que argumentan que la mayor prevalencia del riesgo tabáquico geriátrico es entre los ancianos del sexo masculino, destacándose el enorme

riesgo que tienen de fumar los adultos mayores cuya familia en su gran mayoría lo hace y las consecuencias funestas que trae el riesgo de fumar para su futura vida, por las diferencias inherentes a su sexo, calidad de vida, salud, etcétera.^{18,19}

En Cuba las diferencias entre los índices de consumo de adultos mayores masculinos y femeninos son marcadas, según lo referido en el Programa Nacional de Control del Tabaquismo del Ministerio de Salud Pública,²⁰ siendo reflejado así en el estudio, donde el sexo masculino predomina sobre el femenino. Por otra parte, otros autores en su trabajo plantean que existen países como Suecia, donde el consumo es mayor en mujeres que en hombres (24 % y 22 %, respectivamente).²¹

Según lo planteado por diversos investigadores,^{15,24} es conocida la influencia que tiene el ejemplo de los padres para adoptar actitudes, por lo que se hace preciso rodear a la familia de ejemplos positivos que redunden en la prevención del tabaquismo, a fin de reforzar las actitudes que van en contra de la adopción del riesgo de fumar, y donde la familia juega un rol fundamental, comportándose como otro factor de riesgo importante para el consumo del tabaco.¹³

CONCLUSIONES

Predomina el sexo masculino y las causas más comunes por las que comienzan a fumar es para relajarse, porque se sienten solos, ansiosos/ deprimidos, y bajo la presencia de familiares fumadores en el hogar.²⁷

El lugar donde más fuman los adultos mayores es en el hogar y lugares públicos de la comunidad y la mayoría fuman de 11 a 20 cigarrillos al día y están sometidos al riesgo de seguir fumando, ya que las propias familias no hablan de los efectos nocivos para la salud.

La principal vía de obtención de los cigarrillos es mediante tiendas estatales y vendedores no estatales.

Dejar de fumar a cualquier edad incrementa la calidad y la cantidad de vida. Un fumador de un paquete diario que deja de fumar a los 60 años, puede esperar una mejor calidad de vida y una expectativa de vida de dos a tres años más.²²

Un fumador que deja de fumar antes de los 50 años disminuye el riesgo de morir por una enfermedad relacionada con el tabaco en un 50 %, y un fumador de 60 años que deja de fumar reduce ese riesgo en un 10 %.²³ Aunque es más beneficioso dejar de fumar a edades jóvenes, es siempre es positivo a cualquier edad. Son numerosos los estudios que aseveran la mortalidad atribuible al consumo de tabaco.²⁴

Haciéndose necesario reforzar la promoción y prevención de este importante factor de riesgo para el estado de la salud y calidad de vida de nuestros adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario estadístico de Salud. Ministerio de Salud Pública. MINSAP. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud". ISSN. Versión electrónica 1561- 4433. 2015).
2. Álvarez, R. Evolución del envejecimiento en la población cubana. Temas de M. G. I. Editorial Ciencias Médicas, Volumen I, 167-168. 2013
3. Carreras Castelletta, M. Quesada Labordaa, L. Sánchez Agudo. Tratamiento del tabaquismo en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36 Supl 1:36-44
4. MINSAP. UATS: Comportamiento esperado de eventos de salud seleccionados para el año 2005. La Habana; 2004: 60-66.
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
6. Álvarez Valdés N, Gálvez Cabrera E, Díaz Garrido D. Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr; [2012; mayo; 17]; 23(3): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300006&lng=es.

7. Martínez E, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [internet]. 2011[citado mayo 2016]; 29(2): Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2011000200006&script=sci_arttext
8. [Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013](#) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
9. Tabaquismo mata a más de 13 mil cubanos anualmente - Periódico La Demajagua, Diario digital de la provincia de Granma, Cuba Agencia Cubana de Noticias (ACN) | 31 mayo, 2016
10. Dr. Jorge Lagunas Maitland. [«TABAQUISMO»](#). Consultado el 1 de setiembre de 2015.
11. Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Díez E, Tomás Z, Valmayor S. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona. Gac Sanit. 2012; 17(3):190.
12. Córdoba R, Villalbí JR, Salvador T, López V. El proceso para la adopción de una legislación eficaz en la prevención del tabaquismo en España. Rev Esp Salud Pública. 2012; 80(4):631-45.
13. Larmusch SY. Adolescencia y drogadicción. Un enfoque de la prevención escolar en Argentina. [Consultado 28 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/adoldrog/adoldrog.shtml#top>
14. El tabaco y los niños. American academy of child and adolescent psychiatry. [Consultado 28 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia/el_tabaco_y_los_ninos_no_68
15. Ugarte Díaz RM. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes.

Capítulo 5. [Consultado 28 de julio de 2016].

http://www.venumperu.com/friesgo_cap5_p130_169.pdf

16. González Henríquez I, Berger Vila K. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. ISSN 0717-9553.

[Consultado 28 de julio de 2016]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000200004&script=sci_arttext.

17. Paterno CA. Factores de riesgo coronario en la adolescencia. Estudio FRICELA. [Consultado 31 de julio de 2016]. Disponible en:

http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.go?pid=13047009

18. Righetti J. Factores de riesgo en la niñez y adolescencia (Fundamentos de las recomendaciones FAC '99 en prevención cardiovascular).

[Consultado 28 de julio de 2016]. Disponible en:

<http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/epesp/epc0024c/crighett/crighett.htm>

19. Satcher D. Las mujeres y el fumar. Dirección General de Salud de los Estados Unidos. [Consultado 28 de julio de 2016]. Disponible en:

http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_2_1x_Las_mujeres_y_el_fumar.asp?sitearea=ESP&viewmode=print&

20. Datos sobre el uso del tabaco en los niños y adolescentes. [Consultado 28 de julio de 2016]. Disponible en

http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_2_1x_Datos_sobre_el_uso_del_tabaco_en_los_nios_y_adolescentes.asp

21. Achiong Estupiñán F. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006; 44(1):15.

22. Sachs DPL. Cigarette smoking: Health effects and cessation strategies. Clin Geriatr Med, 2 (1986), pp. 337-62.
23. Bethesda, US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control. Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1990
24. Banegas, José R., et al. "Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006." Medicina clínica 136.3 (2011): 97-102.
25. Díaz, Adalid Maldonado, et al. "TABAQUISMO. Análisis en una consulta de Atención Primaria." de atención primaria (2015): 31.
26. Guimaraes Borges, Guilherme Luiz, et al. "Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal." Salud mental 37.1 (2014): 15-25.
27. Torres, Miguel Orlando Suárez, et al. "Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico" Joaquín Albarrán"." Revista Cubana de Medicina General Integral 31.2 (2015): 159-168.