

Abordaje Diagnóstico del Tabaquismo en un Consultorio de Medicina Familiar en La Habana, Cuba

A Diagnostic Approach to Smoking at a Family Medicine Clinic in Havana, Cuba

Pérez-Pérez R,* Palomo-Camacho L,** Lima-Suárez A,** López-Martínez A.**

**Profesor de Medicina Interna. Especialista en Medicina Interna y en Medicina Familiar. Diplomado en Medicina Intensiva y en Investigaciones Médico-Comunitarias. Miembro de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar. ** Especialista en Medicina Familiar. Policlínico Universitario "Dr. Tomás Romay", Habana Vieja, La Habana. Cuba.*

Recibido: 12-01-06 Aceptado: 21-04-06
Correpondencia: E-mail: roidel@infomed.sld.cu

RESUMEN

Objetivos: Determinar las causas del inicio del hábito tabáquico, evaluar intensidad, dependencia, motivación y los factores de riesgo que más influyeron en un consultorio de medicina familiar de la Habana, Cuba. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y transversal en 102 fumadores del Consultorio de Medicina Familiar #36 del Policlínico Tomás Romay (municipio Habana Vieja), durante el año 2005. Se recolectaron los datos directamente del paciente, mediante encuesta diseñada al efecto, se creó y se procesó una base de datos en el programa Epi-Info aplicándose modelos de Regresión Logística. **Resultados:** 41% adquirió el hábito por curiosidad, 29% por imitación; 32.4% tenían un tabaquismo de intensidad severa, 33.3% tenían dependencia elevada y el 77.5% no estaban motivados para dejarlo. El sexo masculino y la convivencia con fumadores evitaron abandonar el hábito. **Conclusiones:** fueron que la curiosidad y la imitación motivaron el inicio del hábito, tres cuartas partes de los encuestados no estaban dispuestos a dejarlo, la intensidad severa fue un factor de riesgo para una dependencia elevada, y el sexo masculino y la convivencia con fumadores evitaron el abandono del hábito.

Palabras Claves: Tabaquismo, Factores de riesgo, Dependencia.

ABSTRACT

Objectives. We sought to determine the causes of initiation of the smoking habit, to evaluate its intensity, motivation, and the most influential risk factors at a Family Medicine clinic in Havana, Cuba. **Materials and Methods.** We conducted a descriptive transversal study in 102 smokers at the #36 Family Medicine Clinic of the Tomás Romay Polyclinic (Municipality of Old Havana) during 2005. Data were collected directly from the patient by means of an ex profeso-designed survey; the logistic regression model was applied. **Results.** A total of 41% of smokers acquired the habit due to curiosity, 29% by imitation, 32.4% had a severe smoking habit, 33% had elevated dependency, and 77.5% were not motivated to stop smoking. Male gender and living among smokers made them avoid abandoning the habit. **Conclusions.** Three fourths of the individuals surveyed were not willing to give up their smoking habit; severe intensity was a risk factor for elevated dependency, as well as living among smokers

Key Words: Family practice, Smoking cessation, Tobacco use cessation.

Introducción

En la actualidad un tercio de la población mundial adulta es fumadora (aproximadamente 1100 millones de personas) se prevé que en el año 2025 el número supere los 1600 millones. De 1950 a 1999 fallecieron 62 millones de personas a causa del hábito, por lo cual se le considera como una epidemia que continua cobrando cada año, cinco millones de vidas, el hábito tabaquico (HT) mata hoy a uno de cada diez adultos en todo el mundo y se estima que en el año 2025 serán 10 millones de personas. La Organización Mundial de la Salud lo cuenta entre los principales problemas de este siglo, junto al paludismo, el SIDA y la pobreza, constituyendo la primera causa prevenible de muerte prematura en el mundo. Toda persona que fuma se está suicidando, se calcula que cada cigarrillo acorta la vida en unos nueve minutos y que un fumador promedio vivirá entre 20 y 25 años menos¹.

Fumar fue considerado primero como un vicio, después como un hábito y actualmente como una adicción, que en América Latina afecta al 40 % de los hombres y al 21 % de las mujeres, equivalente a un tercio de los adultos. En Cuba, según la encuesta nacional realizada en 1995, se estima que aproximadamente el 36,8 % de la población adulta fuma y la mayor incidencia se encuentra en las mujeres y los adolescentes, teniendo en la capital una prevalencia del 39,5 % sólo superada por la Isla de la Juventud y Santiago de Cuba.² Según los resultados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades Crónicas no Transmisibles, se reporta que tres de cada diez personas mayores de 16 años consumen productos del tabaco, cuatro de cada diez hombres y dos de cada diez mujeres, y el consumo diario *per capita* es de trece cigarrillos³. Nuestra área de salud se hace eco de estas estadísticas teniendo al tabaquismo entre los principales problemas que afectan a la comunidad.

El carácter de epidemia que se le atribuye se torna en nuestro contexto aún más grave, dado lo arraigado del hábito de fumar en nuestra población por ser un país productor de tabaco. 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 folclore e inclusive a las luchas sociopolíticas. Además, hace más de 30 años que contamos entre las principales causas de muerte a las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, incidiendo en todas como factor de riesgo determinante el tabaquismo, por esta razón, solamente podremos cambiar el cuadro de salud, si logramos modificaciones sustanciales en el estilo de vida de los cubanos.⁴

En general el humo del tabaco contiene más de 4000 compuestos químicos, que en gran parte son perjudiciales para la salud, de ellas 60 causan cáncer. Destacándose por sus efectos nocivos: Los alquitranes (benzopirenos y nitrosaminas) responsables del 30% de todos los tipos de cáncer (boca, faringe, laringe, esófago, estómago, vesícula, páncreas, vejiga, riñón y cérvico/uterino) y del 90% del cáncer de pulmón; además actúan como anuladores del sistema inmunológico.¹³⁻¹⁷ El monóxido de carbono, que disminuye la capacidad de la sangre para transportar el oxígeno, siendo el causante de más del 15% de las enfermedades cardiovasculares. Y la nicotina, causante de la dependencia física, múltiples trastornos cardiovasculares como hipertensión, aneurismas y problemas circulatorios fundamentalmente arteriosclerosis y enfermedad vascular periférica, enfermedades del corazón como la insuficiencia coronaria y el infarto agudo del miocardio, patologías respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar y de enfermedades cerebrovasculares.⁵ Fumar no sólo es "un hábito", también es una drogadicción, ya que cumple con todos los criterios que definen al consumo de una sustancia como tal. Criterios primarios: consumo no controlado o compulsivo, efectos psicoactivos y conducta reforzada por la sustancia. Criterios adicionales: patrones estereotípicos de consumo, consumo a pesar de los efectos perjudiciales y recaída después de la abstinencia. Por último, las sustancias productoras de dependencia originan también: tolerancia, dependencia física, efectos eufóricos y síndrome de abstinencia en ausencia de la misma.⁶ Se han ensayado incontables tratamientos medicamentosos (ansiolíticos, antidepresivos, antagonistas de la nicotina, etc.)⁷⁻⁸ y no medicamentosos (hipnoterapia, asesoramiento individual, programas comunitarios, etc.)⁹⁻¹⁰ pero ninguno de ellos ha demostrado ser efectivo en el abandono del tabaquismo, solamente con la terapia sustitutiva con nicotina y la terapia grupal se ha podido obtener resultados satisfactorios que se encuentren amparados por la evidencia científica¹¹⁻¹².

Al realizar el presente estudio en un consultorio, contexto altamente informativo e integral, ya que brinda la oportunidad única de conocer a profundidad al paciente en su entorno social y familiar, podremos obtener una visión global comunitaria y una evaluación integral y profunda del tabaquismo en estos pacientes, lo que en un futuro se podrá traducir en una reducción del número de fumadores en la comunidad con el esperado impacto en su estado de salud. Además, dará lugar también a nuevas hipótesis y problemas de investigación para futuros estudios.

Los objetivos del presente estudio fueron: Establecer en que medida éstos pacientes se relacionan con otros fumadores en su vida diaria y cuales fueron las principales motivaciones para comenzar a fumar. Determinar la intensidad del tabaquismo, el grado de dependencia a la nicotina y la motivación para dejar la adicción. Identificar los intentos, las principales causas de recaídas, así como las etapas en que se encuentran. Precisar los factores de riesgo o de protección que influyeron significativamente en la intensidad, severidad y motivación para dejar de fumar.

Material y Métodos

Se realizó un estudio transversal con un alcance explicativo.¹³ Tomando como muestra al 100% de la población de fumadores mayores de 18 años, pertenecientes al Consultorio de Medicina Familiar # 36 del Policlínico “Tomás Romay”, en la Habana Vieja, La Habana, Cuba, durante el año 2005, que sumaron 102 pacientes, que fueron seleccionados de la historia clínica familiar según el código de fumadores, siguiendo un muestreo por conglomerado (probabilístico).

La recolección de los datos se realizó directamente con el paciente, mediante una encuesta diseñada al efecto, previo consentimiento del mismo. La cual fue aplicada por el médico y la enfermera del Consultorio de Medicina Familiar # 36. Se realizó una prueba piloto a 20 pacientes, y posteriormente a la población objeto de estudio, durante la consulta médica y los domicilios de los pacientes. En la encuesta se incluyeron la edad, sexo, la edad de comienzo y las razones que lo llevaron a fumar.

Para medir la intensidad del tabaquismo nos basamos en la clasificación del grado de severidad según el número de paquetes consumidos al año, calculándolo como se describe en la introducción: se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el fumador, por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco, y su resultado se divide por veinte. Los fumadores con un índice menor de seis paquetes anuales se consideran con un grado leve de tabaquismo, entre seis y quince moderado y más de quince severo.¹⁴ Se catalogó la etapa en que estaban los fumadores según la clasificación de Prochazka y DiClemente en: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída.¹⁵ El test de Fargeström fue el utilizado para determinar el grado de dependencia a la nicotina, tomando como elevada la puntuación de ocho o más, media entre cuatro y siete puntos, y baja menos de cuatro puntos.¹⁶ Se empleó el Test de Richmond que evalúa la motivación para el abandono del tabaquismo, considerando como buena un resultado mayor de seis puntos.¹⁷

Los datos relacionados con los intentos previos de abandono del hábito de fumar y las principales causas de las recaídas, se recogieron para dar respuesta al tercer objetivo. Toda la información obtenida fue recopilada en una base de datos diseñada en Access y exportada posteriormente al programa estadístico Epi-Info versión 3.4, del año 2003. La calidad de los datos recogidos en la encuesta, así como su introducción en la base de datos fueron verificados de forma cruzada por diferentes revisores. Seguidamente fueron procesados y se plasmaron en tablas de distribución de frecuencias para su mejor análisis e ilustración. Finalmente, se elaboraron tres modelos de Regresión Logística Múltiple para evaluar los efectos de las variables estudiadas sobre la motivación para el abandono del Tabaquismo, la Intensidad Severa del hábito de fumar y la Dependencia Elevada a la nicotina. Todo el trabajo fue redactado según el estilo de las normas de Vancouver.¹⁸

Definición de variables. *Edad*: Tiempo transcurrido desde el nacimiento expresado en años. *Convivientes fumadores*: Previamente a la adquisición del hábito de fumar, haber vivido con algún fumador, al menos por tres meses. *Amigos fumadores*: Presencia de algún fumador dentro del grupo primario en que el individuo se desenvolvía con mayor frecuencia antes de adquirir dicho hábito. *Maestros fumadores*: Existencia de cualquier fumador entre las personas que le enseñaron cualquier oficio, arte o labor antes de que él también fumase. *Compañeros de trabajo fumadores*: Laborar, por lo menos durante tres meses, antes del inicio del hábito de fumar con algún fumador. *Causas por las que comenzó a fumar*: Indicadores de naturaleza socio-psicológica que inciden directa o indirectamente en la aparición del consumo del cigarro y que son expresados por el sujeto o paciente como motivos por los que inició el hábito de fumar. *Catalogados en curiosidad*, imitación, necesidad de intensificar sentimientos positivos o aminorar sentimientos negativos y otros. *Percepción del tabaquismo como factor de riesgo para la salud*: Sensación interior resultante de una impresión material hecha por los sentidos y expresada por el paciente según su consideración del tabaquismo como un hábito, vicio, adicción o enfermedad y su evaluación de los distintos aspectos relacionados con la repercusión del mismo en su salud y

la de los que lo rodean en la escala del uno al siete, desde no riesgosos hasta muy riesgosos. *Intensidad del tabaquismo*: Grado de expresión de la severidad del tabaquismo evaluado en leve, moderado y severo, según el número de paquetes consumidos anualmente. Variable cualitativa medida en escala ordinal. Etapa en que se encuentra: Catalogada en precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Variable cualitativa ordinal medida en escala ordinal. Dependencia a la nicotina: Habitación al uso prolongado de la nicotina como droga, que será evaluada según el test de Fargeström. Variable cualitativa ordinal medida en escala ordinal. Motivación para su abandono: Causa impulsiva que determina la voluntad evaluada según el test de Richmond. Variable cualitativa nominal dicotómica medida en escala nominal. Causas de recaídas: Razones expresadas por el paciente por las que volvió a incurrir en el hábito de fumar catalogadas en irritabilidad, frustración, cólera, ansiedad, inquietud, impaciencia, insomnio, dificultad para concentrarse, aumento del apetito o del peso corporal, y otras. Variable cualitativa nominal, medida en escala nominal.

Resultados

La presencia de fumadores entre los convivientes, amigos, compañeros de trabajo y maestros de los individuos estudiados antes de que estos comenzaran a fumar. En todos los casos el índice de positividad fue mayor que el de negatividad. Entre los convivientes se encontró un 79%, en los amigos un 78% y en los maestros un 52%; para los compañeros de trabajo el índice de negatividad fue de 89%.

Con respecto a las causas de inicio del hábito de fumar de la población encuestada: la curiosidad fue la causa más frecuente con un 41%, seguida de la imitación y de la necesidad de intensificar sentimientos positivos ambas con un 29% y un 26 % respectivamente. Estas fueron motivaciones características de la etapa de la adolescencia, que es el momento en que la mayoría de los fumadores adquieren el HT.

Con relación a la intensidad del tabaquismo. Estadísticamente no se apreciaron diferencias entre las categorías valoradas: leve, moderada y severa, representadas con un 36%, 31% y 32% cada una de ellas. El segundo aspecto corresponde a la dependencia a la nicotina predominando, sin marcadas diferencias estadísticas: la dependencia baja con un 42.1%. Es relevante que el 33.3% mostrara una dependencia elevada, lo cual al igual que la intensidad, es un signo de alarma importante, porque ambos representan un tercio de la población estudiada.

El último tópico se refiere a la motivación para el abandono del HT, el 77.5% no se sentía motivado a dejar de fumar, aún teniendo conciencia del daño que este HT ocasiona. Lo cual resulta un dato de extrema preocupación, sobre el que urge un intenso trabajo decisivo en la rehabilitación de esta adicción. Existe una intensidad severa y una dependencia elevada a la nicotina en un tercio de la población estudiada y sólo el 22.5% del total está motivado a dejar de fumar. Intentos previos de abandono con un 65%. Las causas más frecuentes de recaídas fueron la ansiedad (64%) y la irritabilidad (20%).

Las etapas del tabaquismo se muestran en la tabla I, donde se observa que la mitad se encuentran en etapa de precontemplación y aproximadamente un tercio en contemplación. En la tabla II se representan los resultados del Modelo de Regresión Logística Múltiple en donde se asumió a la motivación para el abandono del tabaquismo como variable resultado o dependiente, encontrándose con marcada significación estadística, que el sexo masculino y la presencia de fumadores entre los convivientes fueron factores de protección, es decir que evitaron la buena motivación para dejar de fumar. También se puede ver la intensidad severa del tabaquismo como variable resultado (dependiente) dentro del modelo, apareciendo como factores de riesgo: la edad, los años fumando, la dependencia elevada a la nicotina y el considerar al hábito de fumar como una enfermedad, siendo muy relevante la correlación entre la dependencia elevada a la nicotina y la intensidad severa del tabaquismo, representado por un OR 21.66; la buena motivación para el abandono del hábito de fumar fue un factor de protección. Por último siguiendo el modelo pero esta vez para la dependencia elevada a la nicotina, observándose como factores de riesgo: la edad, los años fumando y la intensidad severa del tabaquismo. La motivación para su abandono se distinguió también como el único factor de protección.

Tabla I

Etapas del Tabaquismo de los fumadores del Consultorio 36, Policlínico Dr. Tomás Romay, Habana Vieja, 2005-2006.		
Etapas	#	%
Precontemplación	51	50
Contemplación	32	31,4
Preparación	18	17,6
Acción	0	0
Mantenimiento	1	1
Recaída	0	0
Fuente: Encuestas.		

Tabla II

Modelo de Regresión Logística Múltiple de los factores que influyeron en la Motivación, en la Dependencia Elevada y en la Intensidad Severa del Tabaquismo.*			
Motivación *			
	OR	IC 95 %	p
Sexo masculino	0,33	0,12-0,9	0,03
Convivencia	0,24	0,07-0,78	0,01
Intensidad Severa *			
	OR	IC 95 %	p
Edad	1,14	1,07-1,20	0,00
Años fumando	1,11	1,05-1,18	0,00
Dependencia elevada	21,66	7,52-62,39	0,00
Fumar es enfermedad	5,4	1,05-27,8	0,04
Buena motivación	0,33	0,10-1,07	0,04
Dependencia Elevada *			
	OR	IC 95 %	p
Edad	1,06	1,02-1,10	0,00
Años fumando	1,06	1,01-1,10	0,00
Intensidad severa	12,75	3,19-50,93	0,00
Buena motivación	0,11	0,01-0,99	0,00
Fuente: Encuestas			
OR: Odd ratio IC: Intervalo de confianza			
* p<0,05			

Discusión

El índice de positividad fue mayor que el de negatividad con excepción de los compañeros de trabajo, debido a que en su mayoría la edad de comienzo del hábito fue antes de los 20 años cuando estos aún no laboraban. Estas cifras coinciden con otros estudios que plantean que más de la mitad de los individuos se ven motivados a iniciar el hábito de fumar por la presencia de fumadores dentro de su grupo primario de interacción, fundamentalmente familiares y amigos¹⁹.

En la adolescencia es el momento en que la mayoría de los fumadores adquiere el hábito. En muchos de los trabajos revisados la imitación aparece como una de las causas principales de comienzo del tabaquismo²⁰. En casi un tercio de los encuestados se registró una intensidad severa de tabaquismo, lo que se ha demostrado, influye de manera significativa en la repercusión sobre la salud, el tratamiento y el pronóstico de esta adicción. Comparado con las estadísticas reportadas se encontraron cifras superiores respecto a la severidad de la intensidad del tabaquismo y una equivalencia en la motivación para su abandono.²¹

En la tabla I se puede observar como la contemplación es una de la que ha predominado al igual que en estudios anteriores fundamentalmente en las provincias orientales y centrales, no así en el occidente, donde con Ciudad Habana a la cabeza, cerca del 50% se mantiene en precontemplación, coincidiendo con lo reportado para Italia, Génova y en los EE.UU., esto puede deberse a que al ser Ciudad de la Habana la capital del país ocurra una situación similar a lo que acontece en los países desarrollados²². Es importante señalar que el factor que determinó el que la mayoría estuviese en la etapa de precontemplación y contemplación fue la intención de dejar de fumar en los seis meses siguientes, debido a los daños que el HT produce situación de la cual estaban conscientes los entrevistados. Con respecto a la tabla II podemos decir que algunos estudios asocian de igual forma la edad, los años fumando, la intensidad del tabaquismo y la dependencia a la nicotina. Sin embargo, en la bibliografía no encontramos precedentes acerca de la buena motivación para el abandono del hábito de fumar como factor de protección para la intensidad severa del tabaquismo y la dependencia elevada a la nicotina.²³⁻²⁴.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes tenían convivientes, amigos o maestros que fumaban y las principales causas de inicio del tabaquismo fueron la curiosidad y la imitación. Un tercio de los pacientes presentaron un tabaquismo de intensidad severa y una dependencia elevada; además la mayoría no tenían ninguna motivación para dejarlo. Más de la mitad había intentado dejar de fumar, pero la ansiedad y la irritabilidad fueron las principales causas de recaídas, además la mitad estaban en fase de precontemplación y cerca de un tercio en la de contemplación. El sexo masculino y la convivencia con un fumador fueron factores de protección ante una buena motivación; la edad, los años fumando, la dependencia elevada y el ver el HT como una enfermedad se identificaron como factores de riesgo ante la aparición de un tabaquismo de intensidad severa, así la buena motivación fue un factor de protección; por último la edad, los años fumando y la intensidad severa se comportaron como factores de riesgo ante la aparición de una dependencia elevada a la nicotina, mientras nuevamente la buena motivación se comportó como factor de protección.

REFERENCIAS

1. Moreno Puebla R, León Cid I. Reflexiones sobre el hábito de fumar y el personal médico. Rev Cubana Med Milit [en línea] 2002 [fecha de acceso 20 de Junio del 2005]; 31(1):41-6. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_01_02/mil07102.htm.
2. Enciclopedia Microsoft Encarta 2006. Microsoft Corporation; 1993-2005. Tabaquismo.
3. Itolbrook, J.N. Adicción a la nicotina En: Tratado de Medicina Interna de Harrison: 14 a ed. Madrid: Mc-Graw- Hill Interamericana. 1998: 2865- 69.

4. Galán Morillo M, Campos Moraes M, Pérez Cendon S. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24h-evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). *Med33_04* [en línea] 2004 [fecha de acceso 20 de Junio del 2005]; 33(4). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/asul/med33_04.htm
5. Rodríguez R, Bueno A, Pueyos A, Espigares M, Martínez MA, Gálvez R. Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco. *Med Clin (Barc)* 1997; 108:121-127.
6. Suárez, N. Aspectos Sociales del fumador pasivo (Cuba). Conferencia, Frateras Millenium Habana, 2000.
7. Encuesta Nacional sobre el hábito de fumar. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud pública, 1995.
8. Ochoa Borges A, Enamorado Rosabal N. Incidencia de pacientes fumadores en un grupo poblacional. *Rev Cubana Enfermer* [en línea] 2004 [fecha de acceso 20 de Junio del 2005]; 20(3). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192004000300004&script=sci_arttext&tlng=es
9. Varona Pérez P, Marina García R, García Fariñas A, Alfonso K, García Roche R, Cordero Quevedo I. Usos alternativos del dinero dedicado a fumar y valoración del riesgo por exposición al humo de tabaco ambiental. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [en línea] 2004 [fecha de acceso 24 de Junio del 2005]; 42(2). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S025317512004000200004&script=sci_arttext&tlng=es
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000:48-49.
11. MINSAP. Programa Nacional para la prevención y el control del tabaquismo en Cuba [en línea] 2000 [fecha de acceso 26 de Junio del 2005]. URL disponible en: <http://www.cnpes.sld.cu/tabaco.html>.
12. Conde Requejo C, Armando Tirador M, Hilton M., Carreras Cruz M V, Castillo Bahi R. Cesación del tabaquismo en el puesto laboral. *Rev Cubana Oncol* [en línea] 1996 [fecha de acceso 26 de Junio del 2005]; 12(1).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol12_1_96/onc05196.htm.
13. OPS. División de Promoción y Protección de Salud. La rentabilidad a costa de la gente. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea] 2003 [fecha de acceso 26 de Junio del 2005]; 29(2). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662003000200015&script=sci_arttext&tlng=es
14. Dossier de la 1 y 11 semanas sin Humo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem FYC) [en línea] 2000-2001 [fecha de acceso el 9/2/2005]. URL disponible en: <http://www.smmfyc.es/revistas/2002septiembre/revision1-pdf>.
15. OPS/OMS. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington DC: OPS/OMS; 1999. Publicación Científica No. 577.
16. Conde Requejo C, Ariosa Lorenzo MT, Tirador Luaces M, Hilton Ramirez M, Castillo Bahi R. Intervención sobre tabaquismo en Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Oncol* [en línea] 1997 [fecha de acceso 30 de Junio del 2005]; 13(2).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol12_1_96/onc05196.htm.
17. Registro Nacional del Cáncer. Instituto Nacional de Oncología. Informe anual 1990.
18. Rial Blanco N, Almeida Hernández L, Fernández Montequín JI, Castañeda Marrero V. La proyección comunitaria del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascul ar en torno al tabaquismo. Algunas experiencias. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc* [en línea] 2001[fecha de acceso 4 de Julio del 2005]; 2(2):123-25. URL disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol2201/ang08201.htm>.
19. Pernas Gómez M, Arencibia Flores L. Efectos sobre la salud de la exposición crónica al humo del tabaco en fumadores y no fumadores. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [en línea] 1998 [fecha de acceso 20 de Junio del 2005]; 14(2): 180-4. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_2_98/mgi11298.htm
20. Fernández Britto JE, Wong R, Contreras D, Delgado J, Campos R, Norder P. Impacto del tabaquismo como factor de riesgo ateroesclerótico en edades tempranas. *Rev Cubana Invest Biomed* [en línea]1999 [fecha de acceso 4 de Julio del 2005];18(3):176-88.
21. Rial Blanco N. El centro para la prevención y el control del tabaquismo del INACV. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc* [en línea] 2000 [fecha de acceso 3 de Julio del 2005]; 1(1):32-3. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_1_00/ang07100.htm.
22. Benowitz N. Tabaquismo. En: Bennet LC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20 ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p.40-4.
23. Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Programas de control del hábito de fumar para familiares y cuidadores para reducir la exposición de los niños al humo del tabaco en el medio ambiente (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
24. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).