



Universidad de Ciencias Médicas

Policlínico Universitario

26 de Julio

Mayarí - Holguín

Título: Caracterización clínica–epidemiológica de pacientes fumadores. Reclusorio de Playa Manteca. Bienio 2016 – 2017

Autor: Dr. Ronny Miguel Calvo Cutiño.

Residente de Segundo Año de Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Vivian Susana Guerra Batista

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral

Máster en Asesoramiento Genético

Profesora Asistente.

Tesis Para Optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

2018

Pensamiento.

`` Nadie nace odiando a otra persona por el color de su piel, su procedencia o su religión. El odio se aprende, y si es posible aprender a odiar, es posible aprender a amar... el amor surge con mayor naturalidad en el corazón que el odio...``

Madiba

Agradecimientos.

Mis más sinceros agradecimientos a mi familia por brindarme su apoyo incondicional, por haberme mostrado el camino el cual me ha conducido a esta profesión.

A mis amistades y compañeros de estudio de los cuales me he nutrido como las plantas de los rayos del sol.

A mis profesores por educarme y formarme como profesional bajo los principios de la revolución.

A todos aquellos que de una forma u otra contribuyeron con el aporte de la información necesaria para el desarrollo de este trabajo.

Gracias....

R.M.C.C

Dedicatoria.

A mi madre, que con su profundo amor llenó de fuerzas mi corazón, para terminar hoy lo que un día comencé, mi formación profesional.

A la Revolución, por todas las oportunidades que me ha ofrecido.

Resumen.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes fumadores del reclusorio de Playa Manteca perteneciente al Área de Salud del Policlínico 26 de julio en el Municipio de Mayarí durante el bienio 2016-2017. El universo estuvo representado por los 554 reclusos y la muestra por los 302 fumadores activos. La información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas individuales de cada paciente. Se estudiaron las variables: Grupo de edades, vínculo laboral, nivel educacional, cantidad de cigarrillos fumados diariamente, edad de inicio del hábito, enfermedades asociadas, móvil que condujo al hábito, principales síntomas, periodo de inicio del hábito antes y después del internamiento. Se concluyó que prevalecieron los reclusos fumadores del grupo de edades de 40 a 49 años, no trabajadores y con nivel de escolaridad de secundaria terminada. La mayoría de los pacientes fumaban más de 20 cigarros diariamente y comenzaron a fumar antes de los 20 años de edad. La hipertensión arterial predominó como enfermedad asociada al hábito y la imitación fue la principal causa que los llevó a fumar. Predominó la tos como síntoma y un número importante de reclusos comenzaron el hábito de fumar antes del internamiento. Se recomendó archivar la investigación en el Centro de Referencia Municipal de la Biblioteca del Policlínico “26 de Julio”, para su posterior consulta por los interesados en el tema y realizar discusión de la investigación en reuniones del Grupo Básico de Trabajo.

Palabras Claves: Tabaquismo, Fumar Tabaco, Hipertensión, Prisioneros

Índice.

Contenido	Páginas
Introducción.....	1
Objetivo.....	5
Marco Teórico.....	6
Método.....	12
Análisis y Discusión de los Resultados	16
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
Bibliografía.....	29

Introducción.

A finales del siglo XIX empezó a sospecharse que podía existir algún tipo de relación entre el consumo de tabaco y la incidencia de algunas enfermedades. Sin embargo, el vínculo causal de este producto con respecto a distintas dolencias no se demostró científicamente hasta mediados del siglo XX.¹

La hoja del tabaco tiene alrededor de 4 000 sustancias, de las cuales 401 son tóxicas y 43 provocan cáncer. La nicotina es la sustancia que provoca la adicción y se consume mediante la inhalación. El humo resultante de la quema del cigarrillo es el más peligroso porque contiene partículas más pequeñas que penetran con mayor facilidad en los pulmones y tiene casi tres veces más monóxido de carbono, por lo que el que fuma se hace daño a él y a los que les rodean. En la actualidad las evidencias son claras y permiten afirmar que fumar tabaco, y en especial cigarrillos, constituye un factor causal y/o agravante de enfermedades.¹

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo y es el responsable directo del 30% de todas las cardiopatías coronarias. Debido a su capacidad de favorecer la aparición de arteriosclerosis, los cigarrillos no sólo incrementan la mortalidad y la morbilidad por cardiopatía coronaria, enfermedad arterial periférica y dolencias cerebro vascular, sino también el riesgo de padecer angina de pecho y aneurisma aórtico.^{1,2}

En la mayoría de los estudios referidos a enfermedades respiratorias, se ha demostrado la existencia de una relación dosis - respuesta; es decir, a mayor número de cigarrillos consumidos diariamente, mayor es la probabilidad de desarrollarlas y en las personas que dejan el tabaco se observa una disminución del riesgo de mortalidad.³

El tabaco es el principal factor causal del cáncer de pulmón, laringe y cavidad bucal, el riesgo de padecer cáncer de pulmón es de un 20 a un 50 por ciento más elevado en quienes conviven con personas fumadoras. El riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón se halla estrechamente relacionado con el número de cigarrillos fumados y la edad de inicio del consumo. Un solo cigarrillo al día aumenta el peligro de desarrollar un tumor maligno. El tabaco es también un factor causal bien establecido del cáncer

de esófago, vejiga urinaria, riñón, páncreas y cuello del útero y el responsable directo del 30% de todas las muertes por cáncer. ¹

La úlcera duodenal es más frecuente entre las personas que fuman que entre las que no lo hacen y existe una clara relación dosis - respuesta que es independiente de cualquier otra posible conexión con el consumo de bebidas alcohólicas o café. Por otro lado, los sujetos que padecen úlcera y no consumen tabaco se curan con mayor rapidez y presentan menos riesgos de recaída.¹

El consumo de tabaco está asociado a enfermedades físicas y una menor expectativa de vida, cada vez existe más evidencia de su estrecha relación con diversos trastornos mentales como los trastornos de ansiedad. Aunque es cierto que muchos fumadores conocen determinados efectos negativos que el tabaco puede tener sobre su salud física, pocos relacionarían su adicción con la ansiedad. El tabaquismo es causa prevenible de muerte en el mundo. Es responsable de cinco millones de defunciones anuales y esta cifra será de más de ocho millones para el año 2030.⁴

El consumo crónico del tabaco constituye en la actualidad un fenómeno social que afecta indistintamente a todos los sectores de la población y constituye uno de los mayores problemas con que las autoridades sanitarias se enfrentan. Se considera una epidemia de carácter universal y es una gravosa carga para el individuo, la familia y la sociedad. El tabaquismo, definido como la intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco, constituye una causa de mortalidad evitable, uno de los más importantes problemas que ponen en riesgo no solo la salud del individuo fumador, sino también la de las personas que conviven cotidianamente con fumadores, denominados fumadores pasivos. ^{5, 6}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, ha catalogado al tabaquismo como una enfermedad crónica no trasmisible y adictiva. Entre 80.000 y 100.000 jóvenes de todo el mundo se convierten en adictos al tabaco cada día, cuatro de cada cinco fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años. ⁷

Otros estudios muestran que actualmente, las mujeres de países donde el empoderamiento es bajo (China, Indonesia, Pakistán, Arabia Saudita y Uganda, por

ejemplo) fuman poco mientras que las mujeres de países donde el rol de la mujer es más importante (como Australia, Canadá, Noruega o Estados Unidos) fuman casi tanto como los hombres.⁵⁻⁸

Argentina es uno de los países con mayor prevalencia de tabaquismo en mujeres adultas de la región, el consumo de tabaco en las mujeres es del 22,4%. En Japón, el consumo de cigarrillos entre las mujeres jóvenes aumentó drásticamente del 8,6% al 18,2% en un año de estudio. A pesar de que un reducido número de países mostraron un descenso de la prevalencia de fumadores durante las últimas dos décadas.

Expertos de la OMS afirman que la lucha anti-tabáquica podría ser más útil para mejorar la salud y la prolongación de la vida, que el desarrollo de cualquier otro programa de actividades de medicina preventiva, contribuyendo a que los fumadores abandonen la adicción y protegiendo a los no fumadores de la exposición al humo ambiental. Por las razones anteriormente expuestas, numerosos países se encuentran enfrascados en una lucha contra el tabaco.⁵⁻⁸

En Cuba el consumo de cigarrillos sigue siendo considerablemente alto comparado con estadísticas de otros países, ocupando el puesto 35 a nivel mundial, se encuentra entre los de más alto consumo entre los países de América Latina y el Caribe, conjuntamente con Argentina, Brasil y Chile. Cuba es el país productor del considerado mejor tabaco del mundo, por lo que su cultivo, producción y consumo están arraigados a su idiosincrasia, cultura, tradiciones y luchas sociopolíticas, ocupando el quinto lugar en América Latina y el Caribe en cuanto a la prevalencia del tabaquismo. Este hábito bastante extendido en la población general, aumenta significativamente en situaciones de estrés y privaciones.⁹⁻¹¹

El 24% de la población de 15 años y más en Cuba fuma activamente, es decir, una de cada cuatro personas, y más del 50% está expuesta al humo del tabaco en su hogar, en el trabajo o en lugares públicos. La indagación arrojó que entre las mujeres el 16% fuma, es decir, aproximadamente dos de cada 10, mientras entre los hombres tres de cada 10, el 31%. Esos datos fueron resultado de la tercera encuesta de factores de riesgo, que abarcó a más de nueve millones de cubanos.¹²

En la provincia de Holguín para el cierre del año 2016 el 23% de la población estaban dispensarizados como fumadores, de ellos el 28% pertenecían al sector de la salud, con una incidencia de 1671 y una prevalencia de 102 151.

El municipio Mayarí no está exento de esta problemática cuando las estadísticas muestran un alto índice de fumadores del sexo masculino con 6845 y del sexo femenino 4125, ¹³ de forma similar se comporta el Área de Salud de Mayarí, y el reclusorio de Playa Manteca con un número importante de fumadores (302).

Teniendo en cuenta la importancia que el Sistema Nacional de Salud le brinda a la prevención y la promoción de salud como elementos vitales en el trabajo diario de los médicos de familia en la lucha contra el tabaquismo se decidió realizar la presente investigación.

Se plantea el siguiente **problema científico**: Existencia de un alto número de pacientes fumadores en el penal del Reclusorio de Playa Manteca.

Objetivo General:

Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes fumadores del reclusorio de Playa Manteca, durante el bienio 2016 – 2017.

Marco Teórico.

El tabaquismo o hábito de fumar, es una de las causas prevenibles de defunción en el planeta y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial,¹⁴⁻¹⁶ sobre todo en la población infantil y adolescente.¹⁷ Es reconocido como uno de los factores fundamentales de riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades crónicas, incluyendo patologías cardiovasculares, enfermedad obstructiva crónica, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, entre otras.¹⁸ El riesgo de contraerlas está directamente relacionado con la edad de inicio en su consumo.¹⁹

El tabaco es oriundo de Sudamérica. En 1492 los aborígenes cubanos lo usaban en ritos sagrados, mezclado con otras sustancias que les proporcionaban un estado de contemplación. En 1518 llegaron a España las primeras semillas de esta planta. En 1560 la reina de Francia solucionaba la jaqueca con polvo de tabaco. Jean Nicot aisló la sustancia psicoactiva que lleva su nombre (nicotina). La práctica de consumir cigarrillos y tabacos se fue introduciendo en los distintos países y sociedades, llegando a alcanzar gran arraigo popular. Su mayor aceptación social la obtuvo en el siglo XX.²⁰⁻²¹

El uso de sustancias que crean adicción ha evolucionado en dos modalidades: como parte de ceremonias religiosas y en su uso laico en la comunidad, asociado con la comida y las relaciones interpersonales. El consumo de tabaco tiene especial relevancia para la salud pública en el mundo, por la gran cantidad de enfermedades y daños que causa y los muchos problemas sociales y legales que provoca. Esta sustancia se incluye actualmente entre las principales causas prevenibles de morbilidad, mortalidad y discapacidad a nivel nacional e internacional. El aumento de su consumo entre adolescentes y jóvenes en muchos países es preocupante debido a la gravedad de los problemas de salud que generan y su significativo impacto social.²²

El hábito de fumar ha aumentado notablemente en el mundo desde la Segunda Guerra Mundial, especialmente entre jóvenes y mujeres. El humo de tabaco es un gas que contiene más de 500 componentes, así como más de 3500 compuestos hidrosolubles, entre los que se encuentra la nicotina, que es tanto adictiva como

tóxica. La nicotina llega al cerebro cinco segundos después de haber inhalado el humo.²³⁻²⁴

El tabaquismo es más frecuente en los pacientes afectados por una patología depresiva evolutiva que en la población general.²⁵⁻²⁶ Los fumadores con antecedentes de depresión tienen menos posibilidades de lograr una deshabituación tabáquica exitosa. Por último, el riesgo de recaída en un depresivo de larga data está aumentado, incluso después de un tiempo prolongado de abstinencia. Durante mucho tiempo se consideró que el consumo de tabaco por parte de personas con ansiedad, estrés o depresión era una forma de atenuar los síntomas. Ahora está claramente demostrado que a menudo es el consumo de tabaco, al menos en parte, el origen de los síntomas y que, pasadas las primeras semanas de abstinencia, la interrupción tabáquica disminuye los síntomas de estrés, ansiedad y depresión.²⁷

El hábito de fumar, la alimentación no saludable y la falta de actividad física forman una triada tóxica que juega un papel clave en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Debido a que los no fumadores también están expuestos, la epidemia del tabaquismo afecta la salud de toda la población, no solo la de los propios fumadores.²⁸

Al que inhala el humo del tabaco se le denomina fumador de segunda mano, fumador pasivo o fumador involuntario. El tabaquismo también origina mortalidad y morbilidad en los fumadores pasivos, es decir, en aquellas personas expuestas de forma involuntaria al humo del tabaco en los hogares o en los lugares públicos fundamentalmente. El humo del tabaco está catalogado por la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Estadounidense de Protección del Medioambiente como carcinógeno de grado A, es decir, que carece de un nivel seguro de exposición.²⁹⁻³⁰

En España mueren anualmente 6.200 fumadores pasivos al año, de los cuales, 5.000 fallecen por aspirar el humo en su propio hogar y el resto por hacerlo en su entorno laboral. Según datos del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), el riesgo de padecer cáncer de pulmón es de un 20 a un 50 por ciento más elevado en quienes conviven con personas fumadoras. Si vives con alguien que consume una cajetilla diaria es como si tú fumaras también nueve cigarrillos.³¹

Existen evidencias científicas actualizadas que afirman que el consumo del tabaco es la principal causa prevenible de defunción en todo el mundo y sin embargo mueren la mitad de sus consumidores. Se habla además de epidemia, de números que crecen en fumadores activos, pasivos y engrosan anualmente la lista de seis millones de personas que mueren por causas atribuibles al tabaquismo y de las cuales de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 600 000 pierden la vida por respirar humo ajeno ³²⁻³⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen mil millones de fumadores en el planeta y ochocientos de ellos viven en países en vías de desarrollo, donde hay tendencia a aumentar su uso; ³⁶ señala al tabaquismo como la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, y ha planteado que mueren aproximadamente 14 000 personas al día, por alguna de las enfermedades atribuibles a este.¹⁶

Asimismo, la OMS declaró al tabaquismo como uno de los factores de riesgo fundamentales para la mortalidad en el mundo, siendo responsable del 9 % de las muertes totales. Y calcula que en el 2030 se incrementarán a 8 millones por año las defunciones atribuibles a esta epidemia, y de no modificarse las actuales tendencias, la mayoría ocurrirá en países desarrollados.¹⁶

Según otro reporte de este organismo, a nivel mundial aproximadamente el 40 % de los hombres fuman, mientras que solo lo hacen el 9 % de las mujeres.¹⁶ El informe sobre control del tabaco para las Américas señaló que de 25 países de esta área geográfica que reportaron sus prevalencias globales de tabaquismo, el rango fue de 9,4 % en Panamá a 38 % en Chile. En el sexo femenino esto varió entre 3 % en Belice, Honduras y Surinam, y 34 % en Chile. En los hombres de 24 países, fue de 17 % en Panamá y República Dominicana a 42 % en Chile. Según dicho informe, se reportó que en Cuba existe una prevalencia global en la población de 15 años y más de 23,7 %; entre los hombres la prevalencia fue de 31 % y en las mujeres de 16,4 %.¹⁶

Se ha demostrado que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud, por lo que el combate a su consumo se ha convertido en una prioridad para los

sistemas sanitarios, lo que además está relacionado con el hecho de que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte.¹⁴⁻¹⁹

Por otra parte, las diferencias entre los índices de consumo de adolescentes hembras y varones no son marcadas, esto implica un posible incremento de tabaquismo entre las mujeres.³⁷⁻⁴⁰

Es interesante observar que mientras disminuye la prevalencia de fumadores entre los adultos, en jóvenes se mantiene en iguales o superiores niveles. Es por ello que es lento el proceso de decrecimiento de esta adicción, pues la disminución de la prevalencia en el país ha sido fundamentalmente por la cesación del hábito.¹⁶

Según la OMS para el año 2020, el tabaco será la causa de muerte de 400.000 personas. Al respecto, se exponen cifras alarmantes acerca del índice de mortalidad mundial con relación al tabaquismo, reflejando que en los países subdesarrollados es el más bajo, con el 12,12% en el sexo masculino y el 2,9%, en el femenino. Asimismo, haciendo una comparación de estos datos con las muertes ocasionadas a escala global por el consumo de alcohol (3,2%) y de drogas no legales (0,4%), el tabaquismo ocupa el primer puesto.⁴¹⁻⁴²

Cuba no se encuentra exenta de la problemática del tabaquismo, ya que existen más de dos millones de fumadores a partir de datos reportados por el Ministerio de Salud Pública. Se estima que del total de la población general, fuman cuatro de cada 10 hombres y dos de cada 10 mujeres, considerándose que alrededor del 69% de los niños son fumadores pasivos. Asimismo, se plantea que la edad de inicio del consumo de tabaco muestra una tendencia a la disminución, ubicándose entre los 14 y los 17 años; mientras que las 3/4 partes de los fumadores son adolescentes.^{41,43}

El mal hábito de fumar en cualquiera de sus variantes y, especialmente, durante la adolescencia y la juventud, es reforzado por un grupo de factores de riesgo, entendiéndose este término como conductas asumidas que van en contra de la integridad física, mental, emocional o espiritual de la persona; es decir, que representan a todas aquellas circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social que posibilitan que un individuo incurra en alguna conducta riesgosa.^{44 - 46} Se han desarrollado varias estrategias para disminuir el consumo del tabaco. Como parte de la estrategia para evitar el consumo del cigarrillo esta el

control de la publicidad y promoción del cigarro, espacios libres del humo del tabaco, advertencias sanitarias y el incremento en los impuestos a los productos del tabaco.⁴⁷⁻⁴⁸

En Cuba, más de 13 mil personas mueren cada año por enfermedades asociadas al tabaquismo y los niños son los más expuestos al humo. El país tiene una fortaleza en la vigilancia epidemiológica por el aporte de algunos estudios, los cuales arrojan un decrecimiento en la presencia de fumadores, pero en los últimos seis años es otra la situación, notándose un incremento en la iniciación en edades más jóvenes, por lo cual se deben crear estrategias para lograr un control adecuado en el cumplimiento de las regulaciones y promover políticas eficaces para reducir el número de personas fumadoras.³² Por lo que se puede decir que es un desafío para la salud que debe “lidiar” esta vez con un vector tan agresivo como es la propia sociedad, diseñada para incentivar cada vez con mayor fuerza los patrones de consumo, la denominación de “asesino con cara de ángel” que se da al tabaco.^{34, 49}

La esperanza de vida de un fumador aumenta nueve años si deja de [fumar](#) antes de los 40 años, aumenta seis años si deja de fumar antes de los 50 años y aumenta tres años si deja de fumar antes de los 60 años.⁵⁰ Un cigarrillo menos equivale a 11 minutos más de vida ⁵¹⁻⁵²

La población cubana es tradicionalmente fumadora, por lo que hay que trabajar intensamente para disminuir y/o erradicar este hábito. En Cuba existe la voluntad de evitar en buena medida la epidemia de las enfermedades crónicas, o al menos, lograr que su prevalencia disminuya a través de la promoción de cambios en los estilos y modos de vida actuales hacia los más saludables: alimentación adecuada, práctica de ejercicios físicos y la disminución y/o erradicación del hábito de fumar, por lo que es extremadamente importante el énfasis en estos temas.^{53, 54}

En el ámbito carcelario, el consumo de tabaco se ha asociado históricamente a las consecuencias negativas de la pérdida de libertad y a los conflictos personales y situacionales subyacentes a la misma. Consecuentemente, los problemas de salud pública que acarrea este hábito como uno de los principales factores de riesgo desencadenantes de enfermedades, se hacen sentir marcadamente en la población reclusa, cuyo porcentaje de fumadores duplica al de la población libre. Además, en

las prisiones predominan los espacios cerrados y coexisten con una fuerte limitación de movimientos lo que incide de forma muy particular en los reclusos no fumadores que se ven obligados a compartir estos locales sin apenas capacidad de sustraerse a sus efectos nocivos.^{9 -12, 55, 56}

Método.

Clasificación de la Investigación: Se clasificó como un estudio de evaluación.

Aspectos generales del estudio: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y prospectivo con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes fumadores del reclusorio de Playa Manteca, durante el bienio 2016 – 2017.

Definición del universo y muestra del estudio: El universo estuvo comprendido por el total de reclusos (554) y la muestra por los 302 fumadores.

Criterios de inclusión:

- Reclusos fumadores que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de salida:

- Reclusos que decidieron abandonar el estudio, independientemente de la causa.

Obtención de la información: Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas individuales de cada recluso.

Principales variables de medición: Grupo de edades, vínculo laboral, nivel educacional, cantidad de cigarrillos fumados diariamente, edad de inicio del hábito, enfermedades asociadas, móvil que condujo al hábito, principales síntomas, periodo de inicio del hábito antes y después del internamiento.

Operacionalización de las variables:

Variables	Definición	Operacionalización	
		Descripción	Escala
Grupo de edades	Cuantitativa Continua	Según años de edad cumplidos.	20 - 29 años 30 – 39 años 40 - 49 años 50 – 59 años 60 años y más.
Vínculo laboral	Cualitativa nominal	Según vínculo laboral	Internos trabajadores Internos no trabajadores
Nivel educacional	Cualitativa ordinal	Según nivel educacional del fumador	Primaria terminada Secundaria terminada Preuniversitario terminado Técnico medio terminado

			Universidad terminada Sin estudio
Consumo de cigarillos	Cuantitativa continua	Cantidad de cigarrillos que consume	Hasta 5 Entre 6 y 10 Entre 11 y 20 Más de 20
Edad de inicio del hábito	Cuantitativa discreta	Según la edad de inicio del hábito	Antes de los 20 años Entre 20 y 29 años Entre 30 y 39 años Entre 40 y 49 años Entre 50 y 59 años 60 años y más
Enfermedades asociadas	Cualitativa nominal	Según patologías confirmadas en historia clínica <ul style="list-style-type: none"> • • • • • 	Hipertensión arterial EPOC Cardiopatía Úlcera Péptica Cáncer Diabetes Mellitus
Móvil que condujo al hábito	Cualitativa nominal	Según la causa que condujo al hábito de fumar <ul style="list-style-type: none"> • • • • • 	Stress (conflictos personales y/o laborales) Entretimiento. Imitación Para relajarse Estar recluso Otras

Principales síntomas	Cualitativa nominal	Según síntomas referidos por el paciente y registrados en la historia clínica	Tos Disfonía Molestias en la boca Disfagia • Trastornos digestivos • Insomnio • Disnea
Período de inicio del hábito	Cualitativa ordinal	Según periodo de inicio del hábito antes y después del internamiento.	Antes de estar recluso Después de estar recluso

Método de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar:

La información obtenida se sometió a un proceso de revisión, para evitar errores, omisiones y o duplicidad, se realizó en computadora y se vació en tablas, permitiendo realizar comparaciones con la literatura nacional e internacional revisada, lo que favoreció llegar a conclusiones y emitir recomendaciones. Se utilizó como método estadístico el de número y porcentaje.

Discusión y síntesis: Se realizó una descripción detallada de cada tabla estadística en tanto que el análisis deductivo e inductivo de los resultados que se obtuvieron permitió resaltar los principales aspectos de interés.

Aspectos éticos: Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y bioéticos, tomando como referencia la declaración adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, en Junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 sobre las investigaciones médicas en pacientes. (Anexo1) y el autorizo del centro para la revisión de las historias clínicas (Anexo 2).

Análisis y Discusión de los Resultados.

Tabla 1: Distribución de pacientes según grupo de edades.Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017

Grupo de edades	No	%
------------------------	-----------	----------

• 20 - 29 años	62	20,52
30 – 39 años	78	25,83
40 - 49 años	111	36,76
50 – 59 años	46	15,23
60 años y más	5	1,66
Total	302	100

Fuente:Historias Clínicas Individuales.

La **Tabla 1** muestra el total de fumadores según grupo de edades, donde se observa un predominio de los que se encontraban entre 40 y 49 años de edad, para un total de 111 pacientes, lo que representó un 36,76% de la muestra de estudio. Solo hubo cinco fumadores con 60 años o más.

El estudio en cuestión no contempla la variable género debido al lugar donde se llevó a cabo dicha investigación, pero es válido reconocer que en cuanto al hábito de fumar la población masculina ha presentado históricamente una prevalencia mundial alta, datos demostrados a partir de la muestra de estudio. Vale señalar que en este reclusorio existe un mayor número de pacientes entre 40 y 49 años, en comparación a los demás grupos estudiados, lo que no es de extrañar que sea este grupo el que aporte un mayor número de pacientes fumadores.

La doctora Patricia Varona, coordinadora del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer de Pulmón, del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), plantea que en cuanto al consumo de los productos del tabaco, por grupos de edades, el mayor número está entre los 40 y 50 años.¹⁶

En un estudio realizado a 120 pacientes fumadores del Policlínico Universitario ``Omar Ranedo Pubillones`` de Guantánamo con el propósito de describir las principales alteraciones clínicas-espirométricas refiere que del total de personas estudiadas existe predominio del grupo de edades entre 45 a 54 años (41,7 %) y el sexo masculino (79,9 %),⁵⁷ resultado que coincide con lo mostrado en la tabla. Según estadísticas de la OMS, en el mundo fuman aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años, el 47 % de los hombres según la distribución por sexo.

Tabla 2. Distribución de pacientes según vínculo laboral. Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017

Vínculo Laboral	No	%
Internos trabajadores	71	23,51
Internos no trabajadores	231	76,49
Total	302	100

Fuente:Historias Clínicas Individuales.

La **Tabla 2** muestra también un predominio del los no trabajadores con 231 internos, representando un 76,49%.

Este fenómeno puede explicarse porque no todos los reclusos tienen los requisitos para trabajar; pues deben de reunir una serie de condiciones relacionadas con el motivo por el cual cumplen sanción de privación de libertad y la conducta mantenida durante su estancia en el centro, además de no haber existencia de empleo para todos.

Dicho resultado se expone en un estudio de intervención educativa realizado a pacientes fumadores en Barcelona donde se plantea que existe predominio del hábito de fumar en los desocupados.⁵⁹

Una investigación relacionada con el tabaquismo y la ansiedad demostró que, por un lado, era más probable que los trabajadores con mayor estrés laboral fueran fumadores; por otro lado, entre los fumadores era más probable que fumaran más cantidad de cigarrillos aquellos trabajadores que declaraban desempeñar un trabajo más estresante; a su vez, el consumo de tabaco estaba relacionado con el desarrollo de trastornos de ansiedad.¹¹

En el presente trabajo se observa de forma diferente; ya que es lógico pensar que los internos no trabajadores son los que más sometidos están al estrés y a la ansiedad por la limitación de movimiento, entre otras causas.

Tabla 3: Distribución de pacientes según nivel educacional. Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017

Nivel educacional	No	%
--------------------------	-----------	----------

Primaria terminada	45	14,90
Secundaria terminada	134	44,37
Preuniversitario terminada	93	30,79
Técnico medio terminado	9	2,98
Universidad terminada	2	0,67
Iletrados	19	6,29
Total	302	100

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

La **Tabla 3** muestra el total de fumadores distribuidos según el nivel educacional alcanzado. Con una prevalencia de fumadores con el nivel de escolaridad de secundaria terminada, 134 reclusos lo que representó el 44,37%.

Llama la atención la existencia de 19 fumadores sin grado de escolaridad, lo cual representó un 6,29%.

En la población de estudio no predominan altos niveles de escolaridad, aunque no es de asombrar que algunos reclusos tengan un nivel educacional superior, pero es infrecuente, no obstante, vale aclarar que todos tienen la oportunidad de superarse académicamente cursando por los diferentes niveles, siendo el 9no grado el máximo alcanzado en dicho centro, existiendo una mayor cantidad de reclusos quienes han terminado el nivel de secundaria, lo cual corresponde con el resultado de la investigación.

La doctora Patricia Varona en el estudio sobre el elevado índice de fumadores en Cuba precisó que por nivel educacional los universitarios son los menos consumidores de productos del tabaco,¹⁶ ya que a mayor nivel de escolaridad menor debe ser el índice de consumo de cigarrillos. Resultado que coincide con el reflejado en la tabla.

Tabla 4. Distribución de pacientes según consumo de cigarrillos. Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017

Consumo de cigarrillos	No	%
------------------------	----	---

Hasta 5	27	8,94
Entre 6 y 10	36	11,92
Entre 11 y 20	101	33,45
Más de 20	138	45,69
Total	302	100

Fuente:Historias Clínicas Individuales.

La **tabla 4** muestra la distribución de los pacientes según consumo de cigarrillos diarios. La mayor cifra, más de 20 cigarros en un número de 138, lo que representó un 45,69% del total de la muestra.

El resultado obtenido guarda relación con la cantidad de cigarros que circula en el interior penal, aunque en dicho centro no se realiza la venta de cigarros, no existe una ley que regule la entrada de esta droga en el mismo, por lo que los reclusos reciben decenas de cajas de manos de familiares y amigos.

En la actualidad se toman medidas para la disminución del consumo del tabaco dentro de las que se pueden mencionar: la prohibición de la venta a menores, prohibición absoluta del consumo en lugares públicos y centros de trabajo, estas medidas no son aplicadas en el lugar donde se llevó a cabo el estudio en cuestión, pues todos los individuos tienen la mayoría de edad, solo es prohibido el consumo en los comedores y en las instalaciones de salud de dicho centro, y no existe un control para dicha adicción.

Son pobres las charlas sanitarias impartidas a los pacientes respecto a la consecuencia del hábito y las autoridades del centro no toman cartas en el asunto; se hace urgente el accionar en relación a la promoción de salud para evitar el tabaquismo y sus consecuencias, se debe elevar el conocimiento sobre los daños del hábito de fumar en reclusos y trabajadores, para de esta forma lograr una mayor percepción del riesgo en cada individuo, aún en estos pacientes que se encuentran en un lugar con ciertas características que incrementan el stress, la ansiedad y por ende el número de cigarrillos fumados.

Se puede fumar de una manera afectiva; por placer o descarga de la ansiedad, que es el caso de los fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios, y por hábito en el caso de los fumadores que superan los 10 cigarrillos diarios. Es en este último caso

donde se aprecia, a través de la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, el grado de dependencia hacia la adicción.¹¹

En toda la bibliografía consultada se habla del hábito como adicción, más que de placer o beneplácito, ya que aunque en sus inicios tenga esta última intención, definitivamente se convierte en dependencia.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según la edad de inicio del hábito de fumar. Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017

Edad de inicio del hábito	No	%
Antes de los 20 años	260	86,10
Entre 20 y 29 años	33	10,92
Entre 30 y 39 años	5	1,65
Entre 40 y 49 años	3	0,99
Entre 50 y 59	1	0,34
60 años y más	0	0
Total	302	100

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

La **Tabla 5** muestra la distribución de los pacientes según la edad de inicio del hábito de fumar, donde más de la mitad de la muestra comenzó antes de los 20 años con 260 pacientes para un 86,10%. No hubo pacientes que comenzaran a fumar con 60 años o más.

Es la adolescencia la etapa en la cual los jóvenes comienzan a experimentar el hábito de fumar, asociado erróneamente a madurez, estar a la moda, o simplemente la imitación lo que hace que esta adicción comience más temprano, antes de los 20 años de edad.

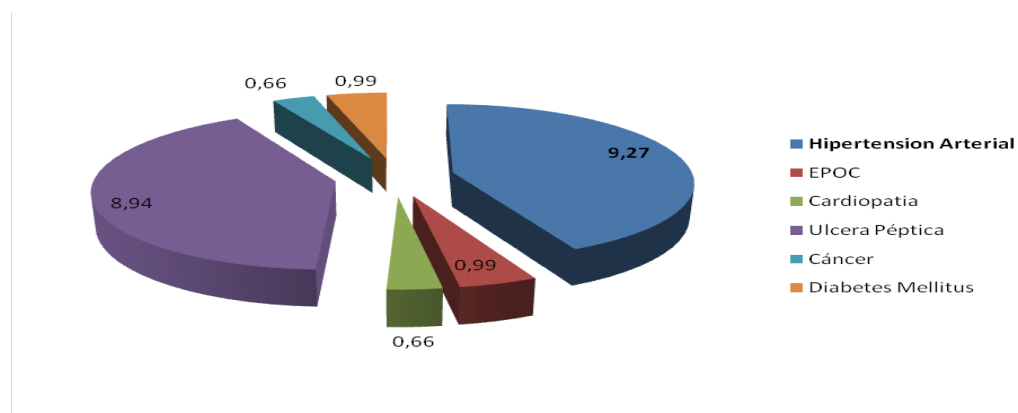
El cigarrillo es una de las drogas más consumidas por los adolescentes, un grupo etario que sigue patrones de conducta específicos, con el interés de ser aceptados.

Datos similares obtuvo Varona quien confirma que la media de edad para el comienzo de esa adicción es de 17 años, pero resulta preocupante que ha disminuido y ahora el espacio entre su inicio es cada vez menor, pues un 17% de adolescentes de 13 a 15 años fuma, con lo cual ha habido un incremento en ese segmento poblacional.¹⁶

Resultados semejantes se observa en un estudio realizado para caracterizar el comportamiento del tabaquismo en adolescentes; que reporta un inicio del hábito antes de los 18 años y que a menor edad de inicio del consumo del tabaco, aumenta la probabilidad de que se transformen en consumidores habituales y el abandono del hábito resulta más difícil. Muestra que el 74, 8 % de los fumadores comenzó a fumar antes de los 20 años; y refiere que en Cuba, uno de cada 10 fumadores inició el hábito antes de los 12 años de edad; cuatro de cada 10, entre 12 y 16 años; y dos de cada 10, entre 17 y 19 años. El consumo entre jóvenes es muy elevado y la incorporación a este hábito se produce en mayor porcentaje entre los 12 y los 14 años.⁶⁰

La tasa de inicio al consumo de tabaco en la adolescencia presenta un marcado gradiente social: el mayor número de nuevos fumadores se encuentra en los adolescentes con menor nivel de estudios y la tasa más baja en aquellos con estudios universitario. Algunos factores que explican esta temprana adicción son las influencias sociales, familia y amigos fumadores, actitudes favorables ante el consumo, asociación de tabaco con el placer, etc.^{51, 52}

Gráfico 1. Distribución de pacientes según enfermedades asociadas. Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017



Fuente: Historias Clínicas Individuales. **n=302**

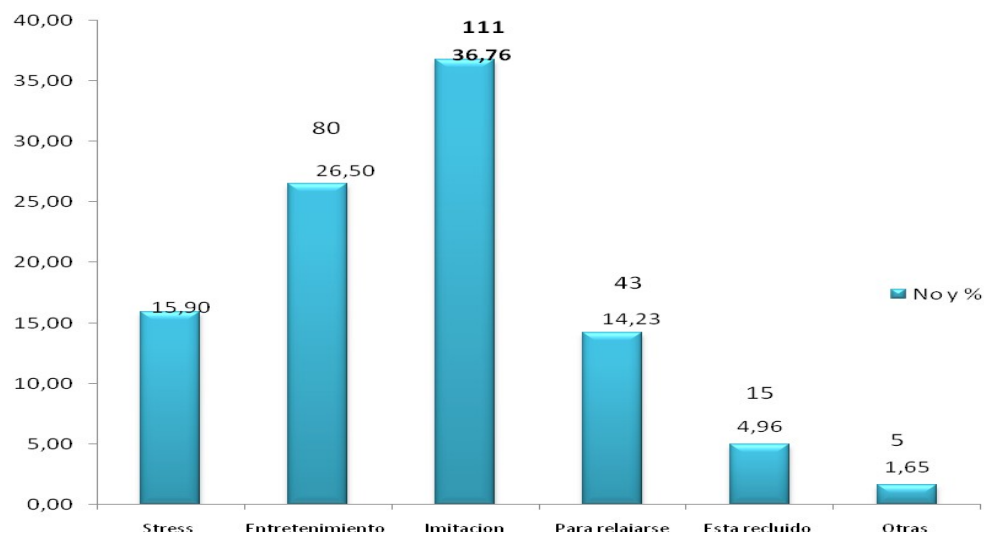
El **Gráfico 1** muestra la distribución de pacientes fumadores según enfermedades asociadas al hábito donde la hipertensión arterial con 28 reclusos representó un 9,27%, siendo esta cifra la mayor en comparación con el resto de las enfermedades representadas en el gráfico.

Es cierto que el hábito de fumar es uno de los factores de riesgo que incide en la aparición de la hipertensión arterial; más, el resultado obtenido no solo está enlazado a este riesgo; el grupo en estudio pertenece al género masculino en su totalidad y de modo general se acepta que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en hombres que en mujeres. Además este resultado puede también tener su explicación al régimen en que viven, al estrés psicológico al que se enfrentan, lo cual concommita con el sedentarismo, por lo que todos estos factores expuestos unidos al hábito de fumar pueden contribuir a la elevación de las cifras tensionales.

Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El hábito de fumar es la principal causa de enfermedades respiratorias, la úlcera duodenal es más frecuente entre las personas que fuman que entre las que no lo hacen, la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco supone un aumento del 30% de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La nicotina es capaz de elevar la tensión arterial y aumentar el gasto cardíaco. Estos últimos aspectos se evidencian en dicho trabajo donde es la Úlcera Péptica antecedida por la Hipertensión quienes ocupan los primeros puestos según las patologías encontradas.¹

La nicotina es un alcaloide líquido, incoloro, volátil, soluble y extremadamente tóxico, considerada una droga dura como la heroína; capaz de elevar la tensión arterial y aumentar el gasto cardíaco, incrementar los ácidos grasos libres en el suero y la secreción de cortisol. ²³⁻²⁴

Gráfico 2. Distribución de pacientes según causa que condujo al hábito de fumar. Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017



Fuente: Historias Clínicas Individuales. n=302

El **Gráfico 2** muestra la distribución de pacientes según las causas que lo condujeron al hábito de fumar. Imitación en número de 111, para un 36,76%. Hubo además un número de cinco fumadores que comenzaron el hábito por otras causas no abordadas en el estudio.

Es difícil en ocasiones identificar la causa del inicio del tabaquismo, aún para los propios pacientes, ya que son muchos los factores implicados. El estar expuesto desde estadíos iniciales de la vida a supuestos modelos fumadores, constituye el primer factor influyente, más aún si son modelos equivocadamente valorados positivamente por el niño o adolescente, y sobre todo si son modelos que no solo consienten, sino que estimulan la adicción, aunque sea indirectamente, tales como: padres y madres que fuman, héroes y heroínas de los medios de comunicación, los cuales incentivan conductas imitativas en niños y jóvenes, lo que los hacen presa fácil de esta adicción; datos referidos por la población en estudio, quienes refieren haber comenzado el hábito porque sus padres fumaban y en muchas ocasiones le pedían encender cigarros, justifica el por qué la imitación constituyó la primera causa en el inicio del hábito.

Datos similares fueron obtenidos en el policlínico ``Aleida Fernández Chardiet`` donde se realizó un estudio sobre el hábito de fumar en la adolescencia; haciendo referencia a que la motivación por la práctica del consumo de cigarrillos, fue imitar a sus familiares y amigos; por lo que la pertenencia a grupos de pares que fuman,

brinda una elevada probabilidad de que los jóvenes experimenten el tabaco y de que continúen con la iniciación de su consumo, teniendo en cuenta que una de las características de los adolescentes es la tendencia grupal, y que este es un modo de ganar aceptación entre iguales. Aparece también como un posible factor causal del surgimiento precoz del hábito de fumar, la baja autoestima.⁶⁰

Lo que sí parece claro es que en la mayoría de las personas tiende a posicionarse en los estadios tempranos del desarrollo del ciclo vital como lo evidencian las estadísticas sanitarias, lo que permite que el hábito de fumar se instale y enraíce con mayor fuerza, permaneciendo hasta edades avanzadas de la vida, produciendo efectos más devastadores y persistentes.⁵¹⁻⁵²

Tabla 6. Distribución de los pacientes según principales síntomas. Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017.

Principales síntomas	No	%
• Disnea	6	1,98
• Disfonía	10	3,32
• Molestias en la boca	0	0
• Disfagia	18	5,96
• Trastornos digestivos	11	3,65
• Insomnio	16	5,30
Tos	36	11,92

Fuente: Historias Clínicas Individuales .n=302

La **Tabla 6** muestra los principales síntomas, donde la tos con un número de 36 para un 11,92%, constituyó el síntoma más referido por los pacientes estudiados.

No existen reclusos que presenten molestias en la boca. La limitación de movimiento dentro de los colectivos, así como la no existencia de espacios para los no fumadores, hace que todos en algún momento se conviertan en fumadores pasivos. La tos es uno de los primeros síntomas en casi todos los fumadores y en ocasiones el único, sobre todo, en los periodos iniciales.

El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. La incidencia de tos y

expectoración es tres veces más elevada en los fumadores, así como un riesgo incrementado de bronquitis y otras enfermedades crónicas del aparato respiratorio. ³

El consumo de tabaco diariamente, el hacinamiento, el inicio temprano del hábito, y la cantidad de cigarrillos provocan estimulación inflamatoria, trayendo como resultado la aparición de la tos. En la mayoría de los estudios referidos a enfermedades respiratorias, se ha demostrado la existencia de una relación dosis-respuesta; es decir, a mayor número de cigarrillos consumidos diariamente, mayor es la probabilidad de desarrollarlas. ³

En el estudio del Policlínico Universitario ``Omar Ranedo Pubillones`` de Guantánamo se puede apreciar que el síntoma que predomina es la disnea de esfuerzo con el 19,1 %, ⁵⁷no coincidiendo con el resultado reflejado en la tabla, pero demostrando al tabaco como el principal factor causal de las enfermedades respiratorias.

Tabla 7. Distribución de pacientes según período de inicio del hábito antes y después del internamiento. Reclusorio Playa Manteca. Bienio 2016-2017

Período de inicio del hábito	No	%
• Antes de estar recluso	260	86,10
Después de estar recluso	42	13,90
Total	302	100

Fuente: Historias Clínicas Individuales.

La **Tabla 7** muestra evidentemente, como la mayoría de los reclusos fumaban antes del internamiento (260 para un 86, 10%).

Es evidente la coincidencia de los resultados con la variable: edad de inicio del hábito analizada en la tabla 5 que demostró el inicio del tabaquismo antes de los 20 años de edad, en este centro penitenciario no existen reclusos menores de 20 años edad, por lo que es concluyente que todo interno fumador menor de 20 años comenzó a fumar antes de ser sancionado o haber ingresado en el centro donde se lleva a cabo la investigación.

A pesar de la exhaustiva búsqueda realizada no se encontraron estudios que abordaran esta variable.

Conclusiones.

Prevalecieron los reclusos fumadores del grupo de edades de 40 a 49 años, no trabajadores y con nivel de escolaridad de secundaria terminada. La mayoría de los

pacientes fumaban más de 20 cigarros diariamente y comenzaron a fumar antes de los 20 años de edad. La hipertensión arterial predominó como enfermedad asociada al hábito y la imitación fue la principal causa que los llevó a fumar. Predominó la tos como síntoma y un número importante de reclusos comenzaron el hábito de fumar antes del internamiento.

Recomendaciones

➤ Archivar la investigación en el Centro de Referencia Municipal de la Biblioteca del Policlínico “26 de Julio”, para su posterior consulta por los interesados en el tema.

- Realizar discusión del estudio en reuniones del G. B. T.

Referencias Bibliográficas

1. Tabaco y salud.[en línea].2012 [Citado 8 de ene de 2018]. Disponible en:
<http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Guias%20de>

[%20Salud/Tabaquismo/Tabaco/Paginas/Tabaco%20y%20enfermedades.aspx](#)

2. Manzur R, Kristkautky Z. Tabaquismo: Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en Alumnos de Colegios Secundarios. [en línea]. 2011[Citado 8 de ene 2018].Disponible en:<http://www.fac.org.ar/scvc/llave/PDF/tl221e.PDF>
3. [Jiménez Ruiz](#) CA, [Riesco Miranda](#) JA. Las guías de tratamiento de la EPOC abordan adecuadamente el tratamiento del tabaquismo. Archivos de Bronconeumología [en línea]. 2016[citado 13 Feb 2018];52(12):581-582. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S0300289616300990>
4. Jorlén Galiano I, Juviel Román I, Gómez Tejeiro N, Ramírez Rodríguez L, González Almeida Y, Trumbull Jorlén A. Estrategia educativa participativa contra el tabaquismo para decisores de salud, Camagüey, 2011. Rev Cubana HigEpidemiol [en línea]. 2012 Abr [citado 8 de febrero 2018]; 50(1): 97-103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000100012&lng=es
5. Suárez Lugo N, Campos Pupo E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del Policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez". Rev Cubana Salud Pública [en línea].2012 [Citado 13 de Febrero 2018]; 36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005&lng=es.
6. CONSUMO DE TABACO. [Internet].201? [Citado13 de enero 2018]Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/consumo_tabaco.pdf
7. Estilos de vida y factores de riesgo. Prevalencia de tabaquismo. [en línea].2016 [Citado 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.atlasdelasalud.org/ver.aspx?indicador=Hombres%20mayores%20de%2015%20a%C3%B1os%20fumadores%20%28%%29>
8. Martínez Rodríguez D, Gamboa Pérez L, Pérez Villalón E, Reyes Cayón R, Reus Alfonso A. Aspectos clínico-espirométricos en pacientes con hábito de fumar. [en línea].2012 [Citado 8 Febrero 2018];76(4).Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_76_No.4/aspectos_clinicos_y_espirometricos_pacientes_habitos_fumar_tc.pdf
9. [Fariñas Acosta](#) L. No al tabaquismo.Periódico Granma. [en línea]. 26 de mayo

de 2014.[Citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en:
<http://www.granma.cu/cuba/2014-05-26/no-al-tabaquismo>

10. Tabaquismo. Fundación española del Corazón. [en línea]. [Citado 8 de enero 2018] Disponible en:<http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html>.

11. Wood C M, Cano-Vindel A, Iruarizaga I, Dongil E. Ansiedad y Tabaco. [en línea]. 2009 Dic [citado 2018 Feb. 22]; 18(3): 213-231. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300003&lng=es

12. Muñoz C, Trapero-Bertran M, Long Cheung K, Evers S, Hiligsmann M, Vries H de, López-Nicolás A. ¿Herramienta de retorno de la inversión en control del tabaquismo: qué opinan aquellos que toman decisiones? Gaceta Sanitaria [en línea]. 2016 [citado 2017 Feb 13]; 30(2); 121-125. Disponible en:
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0213911115002393>

13. Departamento de estadística municipal. Sectorial de salud pública. Mayarí, 2017.

14. Regueiro Suárez DA, Morales Espinosa N, Hernández Leiva AM, González Soto YM. Tabaquismo. Mediciego [Internet]. 2012 [citado 23 ene 2018]; 18 (No. Esp.) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/rev/t-32.html

15. González Pino MJ, Morales Rigau JM, Fernández Alfonso JM, AchiongEstupiñán F, Díaz Hernández O. Prevalencia del hábito de fumar y factores asociados. Municipio Matanzas 2009-2010. RevMéd Electrón [Internet]. 2013 [citado 23 enero 2018]; 35(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%202013/tema03.htm>

16. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011 [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 7 mar 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/indice_p.htm

17. Pérez Milena A, Navarrete Guillén AB, Mesa Gallardo MI, Martínez Pérez R, Leal Helmling FJ, Pérez Fuentes C. Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabituación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en

Institutos de Educación Secundaria. Adicciones [Internet]. 2012 [citado 7 mar 2018];24(3):191-200. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4062200&orden=366121&info=link>

18. Montano Luna JA, Prieto Díaz VI. Factores de riesgo y enfoque preventivo [Internet]. En: Álvarez R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. Cap. 43. Vol. II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 369-76 [citado 7 ene 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo2_3raedicion/cap43.pdf

19. Suárez Lugo N, Campos Pupo E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del Policlínico “Dr. Jorge Ruiz Ramírez”. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 12 ene. 2018]; 36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005

20. Tabaquismo y cáncer de pulmón [citado 12 ene. 2018]. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1432/html_62

21. Fernando Lanas Z. MSc (1), Kine. Pamela Serón. ROL DEL TABAQUISMO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL. [internet] [[Citado 8 de mar. 2018] Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/noviembre/tabaquismo-9.pdf

22. PLAMONDON, Geneviève; GUINDON, G Emmanuel e PARAJE, Guillermo. Exposición a la publicidad de tabaco y consumo de tabaco en adolescentes en América del Sur. *Salud pública Méx* [citado 2018 Feb. 16]; [Internet]. 2017, vol.59, suppl.1, pp.80-87. ISSN 0036-3634. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0036-36342017000700080&lng=pt&tlng=es

23. Miguel-Aguilar Carlos Filiberto, Rodríguez-Bolaños Rosibel de los Ángeles, Caballero Marta, Arillo-Santillán Edna, Reynales-Shigematsu Luz Myriam. Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Salud pública Méx* [periódico na Internet]. 2017 [citado 2018 Feb 16]; 59(Suppl 1): 63-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000700063&lng=pt.

24. Tabaquismo. Fundación española del Corazón.[Internet][Citado 8 de ene.2018]
Disponible en:<http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html>
25. McClave AK, Dube SR, Strine TW, Kroenke K, Caraballo RS, Mokdad AH. Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. *Addict Behav* 2009; 34:491–7.
26. Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychol Med* 2003; 33:1357– 67.
27. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and metaanalysis. *Br Med J* 2014; 348:g1151.
28. Reynales-Shigematsu Luz Myriam, Lazcano-Ponce Eduardo. Nuevos retos para el control del tabaquismo en México y las Américas: estrategias contra la interferencia de la industria tabacalera. *Salud pública Méx* [periódico na Internet]. 2012 Jun [citado 2018Feb 16]; 54(3): 201-203. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000300001&lng=pt
29. Suárez Lugo Nery. El precio del cigarrillo y la reducción del consumo en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2012 Mar [citado 2018 ene 16]; 38(1): 4-19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100002&lng=pt.
30. Ruiz Mori Enrique, Ruiz Mori Hernán, Salazar-Rojas Ronald, Torres-Mallma Cristina, Valer-Villanueva Sergio, Santiago Brendy et al. Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores. *Horiz. Med.* [Internet]. 2016 Jan [citado 2018 ene 16]; 16(1): 32-37. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100005&lng=pt.
31. Tabaquismo. Fundación española del Corazón.[Internet][Citado 8 de mar.2018]
Disponible en:<http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html>.

32. Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Sal Púb. 2011 [citado 16 ENE 2018]; 37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100010&lng=es
33. Mayra Góngora Herce¹, Yurisan E. Rosales Casavielles¹, Evelyn J. de la Rosa Rosales. Asistencia al tabaquismo desde las comunidades terapéuticas. CCM [en línea]. 2017 [Citado 10 de ene 2018]; (2). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2614/1023>
34. Rodríguez Pérez LA, Herrero Lugones Y, Zulueta Yate M, Sit Pacheco R. Caracterización sociodemográfica y clínica de fumadores en un contexto clínico de desestimulación tabáquica. Rev Hosp Psiquia Habana. 2014 [citado 15 feb 2018]; 11(supl 1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/caracterizacion%20sodemografica%20y%20cliica.html>
35. Plá García A, Elizalde Gálvez MG, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño JC, Nieves Sardiñas BN. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev Med Electrón. 2016 [citado 16 ene 2018]; 38 (3): 460-469. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300017&lng=es
36. Díaz Martínez Y, Domínguez Lescay E, Torres Campanioni M, Batista Fernández A, Lois Díaz Y. Tabaquismo y aterosclerosis. Mediciogo [Internet]. 2012 [citado 23 ene 2018]; 18(No. Esp.). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/rev/t-39.html
37. 8- González Hidalgo JA, Díaz Piedra JA, Alfonso Díaz K, Ávalos González MM. Hábito de fumar en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 [citado 20 ene 2018]; 28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300007
38. Oliva Correa E, Morales Rigau JM, Domínguez León SI, Acebo Figueroa F. Prevalencia del hábito de fumar en estudiantes de profesiones de la salud. Matanzas. 2008-2009. Rev Méd Electrón [Internet]. 2010 [citado 10 feb 2018]; 32(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/tema03.htm>

39. Fernández Concepción M, García Sánchez MR, Valdés Jiménez L, Martín Estévez L. Tabaquismo y adolescencia. RevCienMéd La Habana [Internet]. 2012 [citado 8 feb 2018]; 18(1). Disponible en: <http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/546/html>
40. Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas 2007. RevMéd Electrón [Internet]. 2009 [citado 8 feb 2018];31(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol2%202009/tema03.htm>
41. Lismary Pedraza Durán, OsanaMolerioPérez,Rosanaily Álvarez Laureriro . [Internet] 2012.Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/percepcion-riesgo-factores-riesgo-jovenes-fumadores/>
42. Martínez Frómeta, Marlis; Toledo Pimentel, Bárbara F; 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^ies. Rev. Edumecentro; 8(1), ene.-mar. 2016. [Citado 16 de enero de 2018]. Disponible en: www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/download/614/pdf_125
43. Valladares-Garrido, MJ; Marinas-Miranda, W; Velasco-Ferreyra, Mp e Mejia, Cr. Factores socioeducativos asociados al consumo de tabaco en escolares de nivel secundario de una zona rural del norte peruano.RevPediatr Aten Primaria [citado 2018 Feb. 16]; [Internet]. 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1139-76322017000200002&lng=pt&tlng=es
44. [Estudio detecta factores de riesgo para el aumento del consumo de tabaco en las mujeres](#) .Programa Nacional del control del tabaco. [Internet][Citado 8 de mar 2018]Disponible en:<http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/campanas-y-materialas/archivo-de-noticias/241-estudio-detecta-factores-de-riesgo-para-el-aumento-del-consumo-de-tabaco-en-las-mujeres>
45. Villena Ferrer Alejandro, Morena Rayo Susana, Párraga Martínez Ignacio, González Céspedes María Dolores, Soriano Fernández Humberto, López-Torres Hidalgo Jesús. Factores asociados al consumo de Tabaco en Adolescentes.

- RevClinMedFam [Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Ene 08]; 2(7): 320-325. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200002>
46. Abascal Winston, Lorenzo Ana. Impacto de la política de control de tabaco en población adolescente en Uruguay. Salud pública Méx [periódico na Internet]. 2017 [citado 2018 Ene 16]; 59(Suppl1): 40-44. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000700040&lng=pt
47. Factores de riesgo de tabaquismo en adolescentes.[Internet]2014[Citado 8 ene 2018] Disponible en:<http://www.elitemedical.com.mx/general/factores-de-riesgo-de-tabaquismo-en-adolescentes/>
48. Oliva Correa E, Morales Rigau JM, Domínguez León SI. Prevalencia del hábito de fumar en estudiantes de profesiones de la salud. Matanzas. 2008-2009. RevMéd Electrón. [Internet] 2010; 32(6).[Citado 28 de marzo de 2018]. Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/tema03.htm>.
49. Países Fumadores del Mundo. [Citado 28 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.contabaco.com/blog/6_paises-fumadores-del-mundo.html
50. Atlas de la Salud. Indicadores de Fumadores.(Citado 28 de marzo de 2018). Disponible en: <http://www.atlasdelasalud.org/ver.aspx?indicador=Hombres%20mayores%20de%2015%20a%C3%B1os%20fumadores%20%28%%29>
51. Estadísticas de los Fumadores de Tabaco. [Citado 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/contents/478-tabaco-estadisticas-de-los-fumadores>.
52. *Leyes Anti-Tabaco*[Citado 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/2016/06/06/leyes-anti-tabaco/>
53. Álvarez Valdés N, Gálvez Cabrera E, Díaz Garrido D. Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 [citado 04 mar 2018];23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252007000300006&lng=es

54. Manrique Abril FG, Ospina JM, García Ubaque JC. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. Rev Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 8 mar 2018];13(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
55. Tanguí B. Cómo vencer al tabaquismo. La Habana: Editorial Científica Técnica; 2006. [citado 8 enero. 2018]
56. Iglesias Carbonell S, Arteaga Prado LI, Mendiluz Nazco YM, Taño Lazo L, Rizo Díaz E. Caracterización del hábito de fumar en adolescentes. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 [citado 8 enero.. 2018]; 16(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942012000400006&script=sci_arttext
57. Martínez RodríguezD, Gamboa PérezL, Pérez VillalónE, Reyes CayónR, Reus AlfonsoA. Aspectos clínico-espirométricos en pacientes con hábito de fumar.Policlínico Universitario ``Omar RanedoPubillones`` de Guantánamo[citado 8 enero.2018]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_76_No.4/aspectos_clinicos_y_espirometricos_pacientes_habitos_fumar_tc.pdf
58. Cardentey García J. El tabaquismo: un flagelo nocivo para la humanidad. AMC [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 enero. 04]; 20(2): 114-117. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200002&lng=es.
59. Torres Mora L. Intervención Educativa sobre el hábito de fumar en pacientes. (Trabajo para optar por el título de Máster en atención integral a la mujer). CMF Mir. Policlínico Ernesto Guevara. Municipio Calixto García; 2011.[citado 2018 enero. 04].
60. Martín Suárez M, Echevarría GarcíaE, Sánchez FernándezC, Hernández AiseM, Triana PérezM, Hernández RuizA. Comportamiento del tabaquismo en los adolescentes del Reparto Fructuoso Rodríguez, Cárdenas. [Citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1432/html_6

Anexos

Anexo 1

1. Declaración de Helsinki.

Principios básicos para toda investigación médica

1. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
2. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

3. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente.
4. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
5. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
6. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
7. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.
8. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

9. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

10. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

11. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

12. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

13. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

14. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

15. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

16. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

17. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

18. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público.

Anexo 2.

La dirección de la Unidad perteneciente al órgano del MININT autoriza la revisión de las historias clínicas de los pacientes fumadores, llevar a cabo las entrevistas individuales y encuestas para la realización del proyecto titulado: Caracterización clínica – epidemiológica de pacientes fumadores. Reclusorio de Playa Manteca. Bienio 2016 – 2017.

