

Contigo
es posible

Actualización Profesional en Salud

benchmark marketing

mejores prácticas
en la prestación de servicios
para dejar de fumar

60 años
de servir a México
1943 - 2003



Consejo Nacional
Contra las Adicciones

CONADIC

Poniendo a México al día y a la vanguardia



SECRETARÍA DE SALUD www.salud.gob.mx

Dr. Julio Frenk Mora
SECRETARIO DE SALUD

Dr. Enrique Ruelas Barajas
SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Dr. Roberto Tapia Conyer
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Lic. María Eugenia de León-May
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Dr. Guido Belsasso
COMISIONADO DEL CONSEJO NACIONAL
CONTRA LAS ADICCIONES

Dr. Misael Uribe Esquivel
COORDINADOR GENERAL DE LOS INSTITUTOS
NACIONALES DE SALUD

Dr. Eduardo González Pier
COORDINADOR GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
DIRECTOR GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL EN SALUD, es una serie dirigida a todos aquellos interesados en los temas de adicciones y salud mental. Los artículos que aparecen firmados son responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente la opinión del Consejo Nacional contra las Adicciones. Autorizada su reproducción parcial citando la fuente. Esta publicación tiene como objetivo fungir como vehículo de comunicación con las instancias y personas cuyo quehacer se relaciona con la atención de las adicciones y la salud mental, por lo que le invitamos a participar en ella con sus comentarios o trabajos. Para mayor información dirigirse a los teléfonos y correos electrónicos del CONADIC.

Institución responsable de la publicación:

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Paseo de la Reforma 450, Col. Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, México, D.F. 06600.

Tels.: 5207 3358 / 5207 3341

conadic@salud.gob.mx

pfuente@salud.gob.mx

www.conadic.gob.mx

Impreso en México / Printed in Mexico

ISBN: 970-721-150-4

mejores prácticas

EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
para dejar de fumar



Índice

Presentación	3
Antecedentes	5
Objetivos	7
1. El Problema del Tabaquismo en México	9
1.1 Prevalencia	9
1.2 Los costos del tabaquismo	11
2. El Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México	13
2.1 Las Clínicas de ayuda para dejar de fumar	13
3. El Análisis Comparativo de Mejores Prácticas (ACMP) como herramienta gerencial	15
4. El Análisis Comparativo de Mejores Prácticas (ACMP) en las Clínicas contra Tabaquismo	17
4.1 Metodología	18
I. Fase de planeación	18
I.1 Identificación de unidades comparables	18
I.2 Identificación del objeto para el Análisis Comparativo de Mejores Prácticas (ACMP)	19
A. Proceso de pretratamiento	20
B. Proceso de tratamiento	20
C. Proceso de postratamiento	20
I.3 Determinación del método para la recopilación de datos	21
II. Fase de análisis	21
II.1 Determinación de la “brecha” de desempeño actual	21
II.2 Proyección de los niveles de desempeño futuros	22
III. Fase de integración	22
III.1 Comunicación de los hallazgos del benchmarking y logros de aceptación	22
III.2 Establecimiento de objetivos y metas funcionales	22
IV. Fase de Acción	22
IV.1 Desarrollo de un plan de acción	22
IV.2 Implementación de acciones específicas y supervisión de progreso	22
IV.3 Recalibramiento de los <i>benchmarks</i>	22
5. Los resultados del Análisis Comparativo de Mejores Prácticas	25
5.1 La estandarización de los procesos	25
5.2 Los recursos necesarios	25
I. Recursos humanos	25
II. Recursos materiales	25
II.2.1 Infraestructura	25
II.2.2 Mobiliario y equipo	27
6. Las Mejores prácticas	29
A. PRETRATAMIENTO	29
A.1 Mejor práctica: Tratamiento acorde con los principios de Bioética	29
A.2 Mejor práctica: Registro de los usuarios de servicios	29
A.3 Mejor práctica: Información completa del tratamiento	30
A.4 Mejor práctica: Firma de contrato terapéutico	30
A.5 Mejor práctica: Aplicación de cuestionario para la detección del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	30

B.	TRATAMIENTO.	31
B.1	Mejor práctica: Análisis de población atendida.	31
B.2	Mejor práctica: Segmentación de poblaciones.	31
B.3	Mejor práctica: Formación inmediata de grupos de tratamiento.	31
B.4	Mejor práctica: Grupos de tratamiento en días y horarios diversos.	31
B.5	Mejor práctica: Modelo combinado y sinérgico de terapia psicológica y médica.	32
B.6	Mejor práctica: Valoración médica completa.	32
B.7	Mejor práctica: Entrega de resultados de laboratorio y gabinete.	33
B.8	Mejor práctica: Participación de otros servicios hospitalarios en las sesiones de tratamiento.	33
B.9	Mejor práctica: Apoyo de nutriología en las sesiones.	33
B.10	Mejor práctica: Prescripción de fármacos por el personal médico.	34
B.11	Mejor práctica: Valoración psicológica completa.	34
B.12	Mejor práctica: Expediente psicológico en la clínica.	34
B.13	Mejor práctica: Detección, referencia y seguimiento de pacientes con padecimientos psiquiátricos o poliusuarios de drogas.	34
B.14	Mejor práctica: Brindar diversas modalidades de terapia.	34
B.15	Mejor práctica: Incorporación de la perspectiva de género en el tratamiento.	35
B.16	Mejor práctica: Estrategias diversas para el entorno del paciente fumador.	35
B.17	Mejor práctica: Ponderación para incorporar o referir al paciente con recaídas.	35
C.	POSTRATAMIENTO.	36
C.1	Mejor práctica: Registro completo de datos para el seguimiento.	36
C.2	Mejor práctica: Registro de datos de pacientes con recaídas.	36
C.3	Mejor práctica: Integración de grupos o clubes de pacientes rehabilitados.	37
C.4	Mejor práctica: Duración del seguimiento a pacientes rehabilitados.	37
C.5	Mejor práctica: Evaluación por el paciente de los servicios prestados.	37
C.6	Mejor práctica: Elaboración de estudios de casos clínicos.	38
C.7	Mejor práctica: Valoración de la abstinencia con la prueba de cotinina.	38
D.	OTRAS PRÁCTICAS.	38
D.1	Mejor práctica: Cumplimiento de la normatividad vigente.	38
D.2	Mejor práctica: Creación de un sistema de información interna.	39
D.3	Mejor práctica: Creación de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.	39
D.4	Mejor práctica: Promoción de los servicios de la clínica.	39
D.5	Mejor práctica: Promoción de la salud.	40
D.6	Mejor práctica: Participación comunitaria.	40
D.7	Mejor práctica: Capacitación continua.	40
D.8	Mejor práctica: Investigación aplicada.	41
D.9	Mejor práctica. Financiamiento de los servicios de la clínica.	41
	Consideraciones finales.	42
	Bibliografía	43
	Participantes en el Grupo de Trabajo.	44
	Directorio de Clínicas contra Tabaquismo.	44
	Glosario	45
	Anexos	51



Presentación

El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) ha establecido como prioridad la definición de políticas y estrategias de salud para combatir la epidemia del tabaquismo.

Entre ellas, se ubican las orientadas a los campos de la educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como el control de la publicidad, prohibición para que se expendan cigarrillos a menores de edad. También se buscará persuadir a propietarios y responsables de farmacias a fin de que no expendan productos de tabaco en dichos establecimientos, además de promover restricciones de los espacios públicos destinados a fumadores y modificaciones fiscales para elevar los impuestos al tabaco, para desalentar su consumo.

En las áreas de tratamiento y rehabilitación, el Consejo ha tomado como base para la formulación e implantación de estas políticas y estrategias, los siguientes documentos rectores:

Programa Nacional de Salud 2001-2006, que señala la necesidad de responder a los tres grandes retos en el área de la salud: la calidad, la equidad y la protección financiera.

Programa de Acción contra el Tabaquismo, en el cual se plasman acciones tales como la capacitación del equipo de salud, la difusión del *Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México*, y la provisión de medicamentos utilizados en la terapia de sustitución de nicotina, así como algunos antidepresivos, los cuales se han incorporado al Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud.

Este *Modelo para la Prestación de Servicios* en materia de Tabaquismo en México, otorga peso importante a las actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, pero también, en un nivel superior de atención, a los servicios de tratamiento y rehabilitación especializados de los daños asociados al consumo de tabaco.

Por otro lado, tanto el Plan como el Programa, establecen que la dotación de herramientas normativas y de apoyo técnico a las entidades federativas, es una intervención de gran importancia en esta esfera.

Así, el CONADIC ha impulsado, no solamente la conformación en todo el Sistema Nacional de Salud del país, de clínicas contra tabaquismo y la capacitación de sus profesionales de la salud, a efecto de mejorar el tratamiento médico y psicológico que brindan, también la difusión de herramientas de carácter gerencial que propicien su desarrollo como organizaciones públicas.

La intención de aplicar este tipo de herramientas se inscribe también en la visión estratégica del *Modelo Conceptual de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*, la cual determina la necesidad de un proyecto claro y definido de alta dirección, así como la visualización y concreción de experiencias exitosas que ponderan a la calidad como un valor en la organización del sistema. El *Modelo* de la cruzada resalta el enfoque en el factor humano del sistema de salud y su capacidad de aprender y cambiar para estimular la adaptabilidad del mismo.

Por estas razones, en el CONADIC se decidió utilizar el análisis comparativo de mejores prácticas o "benchmarking", aplicado al área de la salud y específicamente al tratamiento de las adicciones, como instrumento para el desarrollo gerencial y de apoyo a los sistemas de calidad.

En términos generales, el propósito de este trabajo es definir las mejores prácticas en las *clínicas de ayuda para dejar de fumar*, el flujo de sus procesos críticos y su estandarización, así como la infraestructura mínima necesaria para asegurar su operación en las unidades de segundo y tercer niveles de atención.

Con ello, pretendemos fomentar el desarrollo organizacional de las clínicas en México, mediante el intercambio de conocimientos y experiencias. Aprender de lo que organizaciones similares han perfeccionado, coadyuva a la mejor utilización de tiempo y recursos, propicia la mejora continua de la calidad y eleva la efectividad en el tratamiento al interior de estas unidades de salud.

Esta guía de las *Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar* va dirigida a los profesionales de la salud: médicos (as), psicólogos (as), enfermeros (as), trabajadores (as) sociales, entre otros, que laboran en estos servicios en todo el país. También está dirigida a los funcionarios que toman decisiones en el Sector Salud, en los ámbitos federal, estatales y municipales, para fortalecer la operación de las clínicas con apoyos y recursos requeridos para mejorar su desempeño.

El CONADIC reitera su agradecimiento a los representantes de las clínicas que durante varios meses participaron en este grupo de trabajo: Centros de Integración Juvenil, A.C., Clínica de Rehabilitación Terapéutica para Adicciones (CRETA), Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, Hospital General *Dr. Manuel Gea González*, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía e Instituto Politécnico Nacional.

Mi reconocimiento al Dr. Raúl Velásquez Sosa, Subdirector Técnico, Dr. Ricardo Delgado Sánchez, Lic. Marcela Martinelli Herrera, Lic. Lourdes Fernández Luna e Ing. Rosa Amparo Mota Tapia, colaboradores en la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, por su intervención en el citado grupo de trabajo.

Dr. Guido Belsasso
COMISIONADO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES



Antecedentes

Existe una corriente de pensamiento que señala a los organismos estatales como entes burocratizados e ineficientes porque no concretan el máximo beneficio con el mínimo de recursos disponibles; ineficaces, ya que no logran los objetivos y metas que se han programado; poco efectivos, no producen el efecto, impacto o mejor resultado posible en la población a la que dicen servir.

Se aduce que tampoco trabajan con calidad, es decir, sus productos o servicios no cumplen con las especificaciones o requisitos que les permitan satisfacer las necesidades y expectativas de las personas que los utilizan.

Dadas ciertas condiciones de trabajo y con la aplicación de algunas herramientas de gerencia pública aplicada, es posible sentar los fundamentos para que las organizaciones públicas de salud puedan desarrollar procedimientos de manera sencilla y práctica para el logro de la eficiencia, la eficacia, la efectividad en sus actividades sustantivas y la consecuente calidad en la atención.

En particular, este último elemento es importante en estas organizaciones. Para Ruelas y Querol, "...la calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. La buena calidad se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. La calidad implica, por definición, resultados de la atención evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma".¹

Alcanzar la calidad en la atención de la salud en México constituye un reto del Programa Nacional de Salud 2001-2006.² La vertiente se estructura en diversas estrategias señaladas en el "Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", en el cual se precisa que la calidad se integra por dos factores:

Primero, el trato digno, cuyas características son el respeto a los derechos humanos y a las peculiaridades de cada individuo, a la información completa, veraz y oportuna, al interés manifiesto en su persona, sensaciones y sentimientos, y finalmente la amabilidad en el trato.

Segundo, la atención médica con efectos positivos, es decir, que sea efectiva, eficiente, segura y basada en principios éticos.³

Por estas razones, la calidad en la atención se ha convertido en una vertiente fundamental del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y se integra como objetivo fundamental en todos los programas sustantivos a cargo de la Secretaría de Salud.

El Consejo Nacional contra las Adicciones que tiene bajo su responsabilidad la formulación e implementación de los programas contra la farmacodependencia, contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas y contra el tabaquismo, considera dentro de sus estrategias el desarrollo y la aplicación de herramientas de gerencia pública orientadas al logro de la calidad en salud.

Este trabajo incide de manera fundamental en la primera de las estrategias para cumplir los objetivos de la Cruzada Nacional: el impulso al cambio, mediante algunas acciones específicas en los siguientes niveles.⁴

1. **Usuarios**
 - a) " Establecimiento y reforzamiento del consentimiento bajo información en los casos que se requieran."
 - b) " Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios."
2. **Prestadores**
 - a) Comprensión de elementos de gerencia pública aplicada, orientada a crear las bases de un sistema de calidad.
 - b) Manejo de información básica sobre el desarrollo organizacional.
3. **Organizaciones**
 - a) " Establecimiento de proyectos de mejora continua en cuanto a aumentar la calidad de la información que los médicos (y otros profesionales de la salud) proporcionan a los pacientes.
 - b) " Estandarización de macro procesos clave."
 - c) " Establecimiento de sistemas de retroalimentación."
4. **Sistema**
 - a) " Selección y divulgación de 'organizaciones modelo' a manera de ejemplo de lo que es posible lograr."

Además, este apartado contribuye de manera específica a la recopilación de pruebas de mejores prácticas o prácticas exitosas, de logros obtenidos y de divulgación entre el personal de salud.

El trabajo también pretende concretar algunos de los elementos del proceso de cambio que facilitan entender a la calidad como un valor fundamental, al destacar las siguientes finalidades:⁵

- A. **¿Porqué cambiar y hacia dónde?:** es decir, dar valor a la calidad.
 - Identificación de necesidades y expectativas de los clientes.
 - Definición y análisis de los macro procesos clave.
 - Especificación de comportamientos esperados (estandarización).
 - Demostración contundente de resultados factibles.
 - Divulgación de la necesidad de cambiar y de los resultados posibles.
- B. **¿Cómo y con qué facilitar el proceso?**
 - Utilización de herramientas como el " *benchmarking*" .
- C. **¿Cómo cambiamos y seguimos mejorando para arraigar el valor de calidad?**
 - Diseño organizacional funcional, mediante el conocimiento de los procesos estandarizados.
 - Facultar a los actores de los procesos.
 - Reconocimiento de variaciones regionales dentro de límites aceptables.

Este trabajo, incorpora éstos y otros factores con la finalidad de impulsar en las organizaciones públicas de salud, elementos de desarrollo organizacional orientados a la mejora continua de la calidad en la atención de la salud de la población mexicana.

1 Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud, Qualimed, Centro Latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios, México, sin fecha, pp. 10-11.
2 Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. México, 2001, pp. 52-56.
3 Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud, México, 2002, p. 31.
4 *Ibid.*, pp. 40-41.
5 *Ibid.*, p. 30.



Objetivos

Objetivo general

Elaborar un análisis comparativo ("benchmarking") en las clínicas contra el tabaquismo líderes en México, a efecto de destacar las mejores prácticas en materia de tratamiento y rehabilitación de pacientes fumadores.

Objetivos específicos

Desde el punto de vista organizacional, se pretende que los equipos de trabajo de las clínicas contra tabaquismo, en una labor permanente de aprendizaje puedan:

1. Considerar los elementos básicos para propiciar el cambio y desarrollo organizacionales dentro de las clínicas.
2. Detectar e impulsar la estandarización de los procesos críticos.
3. Propiciar la comprensión de dichos procesos en las clínicas, las variables involucradas, el flujo de sus procedimientos y la interacción de los mismos.
4. Facultar a los actores de los procesos, para vincularlos a los diversos recursos humanos, técnicos y financieros disponibles.
5. Resaltar la importancia de incorporar el análisis comparativo de mejores prácticas (*benchmarking*) como herramienta rutinaria para el trabajo, para mejorar la calidad en la atención y la efectividad en el tratamiento de las clínicas contra tabaquismo en todo el país.



1. El problema del tabaquismo en México

1.1 Prevalencia

El tabaquismo es una epidemia de alcance mundial que afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad o religión. Debido a que el humo del tabaco genera 4500 sustancias tóxicas, de las cuales 55 son cancerígenas¹, el tabaquismo se asocia a un importante número de padecimientos prevenibles que producen discapacidad y muerte.

Entre éstos se encuentran las neoplasias, las enfermedades respiratorias, las cardiovasculares y las cerebro vasculares. El riesgo de desarrollar los principales padecimientos asociados al tabaco es de 2 a 9 veces en promedio, mayor entre los fumadores y fumadoras que entre la población no fumadora.

Tabla 1

Evolución del lugar ocupado por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, entre las principales causas de mortalidad general en México, 1950-1998

Causas	1950	1960	1970	1980	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	98
Enfermedades del corazón	5°	4°	3°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°	1°
Tumores Malignos *		6°	5°	5°	2°	2°	2°	2°	2°	2°	2°	2°
Enfermedades cerebrovasculares		-	7°	7°	8°	6°	5°	5°	5°	5°	5°	6°
Bronquitis crónica, enfisema pulmonar		-	-	-	12°	14°	14°	14°	14°	13°	13°	15°

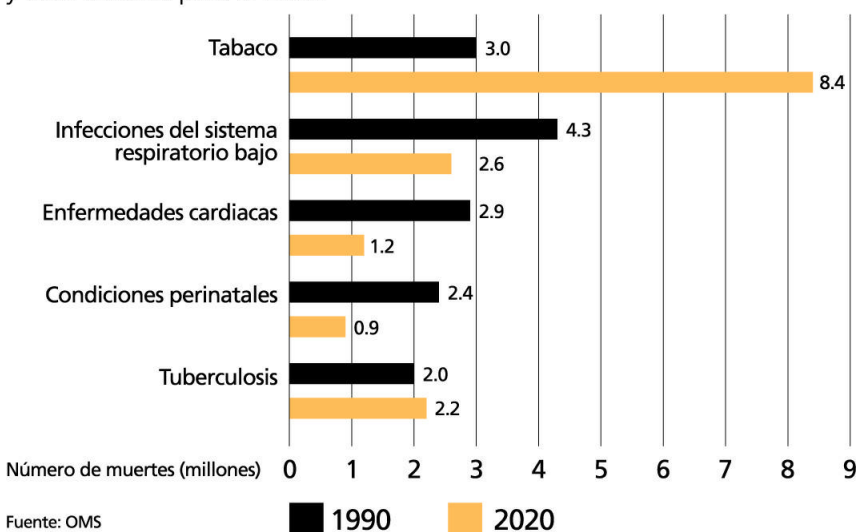
*Incluye cáncer de tráquea, bronquios, pulmón; de estómago y del cuello del útero.

Fuentes: 1)DGE/SIC, 1960: 2) Estadísticas Vitales de México, DGE/SSA, 1970; 3)Compendio de Estadísticas Vitales de México, DGE/SSA, 1990; 4)Tabulaciones de Defunciones, INEGI/SSP, 1988; 5) SSA/INEGI, Mortalidad 1990, 1992-1997 México; 6) Estadísticas Demográficas, INEGI, 1998. Tomado del Programa de Acción contra Tabaquismo, México, SSA: 2001, p. 23.

Fumar un solo cigarro contribuye a perder casi 11 minutos de vida.² En promedio, un fumador reduce en un 10% su esperanza de vida, lo que equivale a perder aproximadamente 8 años de existencia.

Gráfica 1

Principales causas de muerte en el mundo en 1990 y estimaciones para el 2020



Las tendencias actuales indican que para el año 2020 más de 10 millones de personas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante la etapa productiva.³

“Para 1993 más fumadores empezaron a edades tempranas: 56.8% antes de los 18 años, 35.8% entre los 18 y los 25 años y solamente 7.4% entre los 26 y los 65 años. Para 1998, se incrementó a 61.4% el número de personas que empezaron a fumar antes de los 18 años: 33% entre los 18 y 25 años y 5.5% después de tener 25 años de edad. Estos datos señalan que el inicio en el consumo de tabaco ocurre en los grupos más jóvenes, lo que incrementa la posibilidad de que se conviertan en dependientes a la nicotina a mayor edad.⁴

Además esto implica otro riesgo pues los y las adolescentes fumadores tienen 13 veces más probabilidad de consumir alcohol y otras drogas.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 1998 señala que en México, el 27.7% de la población urbana entre 12 y 65 años fuma, lo que representa a 13 millones de fumadores. En los diez años entre la primera (1988) y la tercera (1998) Encuestas Nacionales de Adicciones la proporción de fumadores se incrementó aproximadamente 7%, aunque es posible que esta prevalencia se encuentre subestimada.⁵

Según la Encuesta 1998, el grupo etáreo con mayor prevalencia en el consumo de tabaco es el de 18 a 29 años de edad (38.1%), en el grupo de 50 a 65 años, el consumo disminuye a 11.2%.⁶

Los resultados de las mediciones realizadas mediante otro tipo de encuestas en el Distrito Federal durante los últimos diez años en estudiantes de enseñanza media y media superior, han mostrado cómo el consumo de tabaco se ha incrementado entre esta población. Ejemplo de ello es la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, observada en la encuesta 1986 (45.2%) en comparación a la obtenida en la medición de 1997 (55.4%).⁷

De conformidad con encuestas realizadas por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el 30% de los estudiantes de nivel superior y el 12% de los que cursan preparatorias o bachillerato fuman, lo que representa cifras muy elevadas.

En nuestro país, la proporción de fumadoras se elevó de 29% en 1988 a 31% en 1993 y 33.4% en 1998. Esto representa una prevalencia de consumo de tabaco de 16.3% en mujeres y de 42.9% en varones.⁸

Uno de los riesgos más importantes para la salud de la madre y el producto, es el uso de tabaco durante el embarazo pues “provoca del 20% a 30% de los casos de bajo peso en los recién nacidos, 14% de los partos prematuros y cerca del 10% de las defunciones infantiles”.⁹ Además, se duplica la posibilidad de contraer asma en niños cuyas madres fuman más de 10 cigarros al día, así mismo se incrementa la posibilidad de malformaciones congénitas y cardíacas.

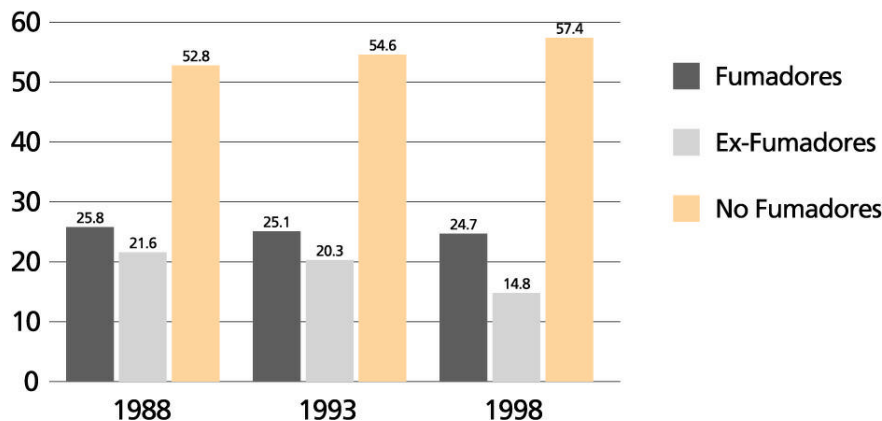
“En 1988, se reportó que 42.5% de la población (113 millones de personas) que no fumaban eran fumadores pasivos en su vivienda. Para 1993, se incrementó a 54.6% (17' 345,304 personas) al incluir la exposición en la vivienda, salón de clases o lugar de trabajo, y en 1988 se estimó que 52.6% de la población eran fumadores en estos sitios, esto es, 18 millones de mexicanos expuestos involuntariamente a los efectos del humo del tabaco.”¹⁰

La mortalidad por enfermedades asociadas al tabaquismo ascendió a 53 mil personas por año, equivalente a 6 muertes por hora. Esto es, fallecen más de 120 mexicanos por día, principalmente en edad productiva (35-65 años).

Por la cantidad de sustancias radioactivas (polonio 210 y radón 222) que contiene el tabaco, fumar dos cajetillas de cigarro al día durante un año, equivale a someterse a 300 radiografías de tórax.¹¹

**Gráfica 2**

Prevalencia del consumo de tabaco.
Población urbana en México (%). 1988, 1993, 1998



1.2 Los costos del tabaquismo

En México, el gasto público anual en la atención de los problemas derivados del tabaquismo es de 29 mil millones de pesos (igual a medio punto del Producto Interno Bruto).

Por otra parte, la Asociación Mexicana de Estudios para la Defensa del Consumidor estima que el gasto de los mexicanos en cigarros es de unos 60 mil millones de pesos anuales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS):¹²

- “Los costos brutos anuales de la atención a la salud atribuibles al consumo de tabaco constituyen del 6 al 15% del total en países desarrollados.”
- “Aun con una esperanza de vida más reducida, los (as) fumadores (as) incurren en mayores costos de atención a la salud que quienes no fuman.”
- “Durante 1995, los un mil millones de fumadores en el mundo consumieron casi 6 mil millones de cigarros” .
- “Para el año 2030, 10 millones de personas al año morirán de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, 70% de ellas en países en vías de desarrollo” . “ En todos los países, el tabaquismo y sus enfermedades asociadas se concentran progresivamente entre la población de escasos recursos” .

De acuerdo con una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública¹³, México gasta por año el equivalente al 3% del presupuesto nacional de salud para atender sólo tres de las 50 enfermedades relacionadas con el tabaquismo: infarto agudo del miocardio y otros padecimientos cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades cerebro-vasculares.

Además, se calcula que cada cinco años en promedio un fumador gasta 20 mil pesos en la compra de cigarros, de esta cantidad la mitad ingresa a las arcas federales, vía fiscal. Pero si ese fumador sufriera un leve infarto al miocardio, el costo de su atención médica requeriría 58 mil pesos en el primer año.

Por otro lado, en Estados Unidos se calcula que si disminuyera la prevalencia de consumo en uno por ciento se evitarían 924 hospitalizaciones por infarto al miocardio y 538 por enfermedad cerebral vascular, lo que a la vez representaría un ahorro de 44 millones de dólares.

Figura 1

Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México



Fuente: Rubio, Oviedo, Castrejón, Vélez, Sansores, 2001.



2. El Modelo para la Prestación de Servicios en Materia de Tabaquismo en México

Derivado de los retos que implica la epidemia de tabaquismo y su impacto en México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, establece diversas estrategias encaminadas a enfrentar este problema de magnitud creciente.

Dichas estrategias incluyen, entre otras: el reforzamiento y cumplimiento del marco normativo, mediante la expedición del Reglamento para la Protección de los No Fumadores en las entidades federativas y el cumplimiento del Reglamento para el Consumo de Tabaco que propicia que los edificios públicos se encuentren libres de humo de tabaco; el incremento anual de las cargas fiscales para productos del tabaco; el control de la venta de cigarros en farmacias y misceláneas; la restricción de la publicidad en medios masivos de comunicación y el fomento de la participación de organizaciones públicas, sociales y privadas.¹⁴

Para consolidar estas estrategias y orientar de manera sistemática y ordenada los esfuerzos colectivos, particularmente en el ámbito de la salud, se desarrolló una propuesta teórica denominada *Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México*, que se sustenta en la coordinación, la concertación y la vinculación de acciones y recursos de las instituciones que conforman el Sector Salud en México.¹⁵

Este Modelo se orienta a " que los servicios de atención en materia de tabaquismo estén al alcance de todos los individuos, familias y comunidades, para ir eliminando los rezagos; con base en criterios de calidad y calidez, y costos que sean accesibles a toda la población".¹⁶

El Modelo permite determinar prioridades con base en un diagnóstico del problema y de la disponibilidad de los recursos institucionales que participan en el Programa contra el Tabaquismo, que coordina el CONADIC.

El Modelo (Figura # 1) constituye " un instrumento orientador para la organización de los servicios de salud, que pueden destinarse tanto a población abierta, como a los derechohabientes de las instituciones de seguridad social a nivel nacional. Además propone las acciones que se deben desarrollar en cada nivel de atención acorde con diferentes grados de complejidad, y con recursos que permitan contribuir al mejoramiento del nivel de salud de los individuos y las familias afectadas por este problema de salud".¹⁷

Su objetivo es establecer un esquema de organización para los tres niveles de atención a la salud. En la base de esta pirámide observamos que se otorga peso importante a las actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, así como a los servicios de tratamiento y la atención especializada de los daños asociados al consumo de tabaco.

El Modelo considera la atención a grupos de población específicos, particularmente a los que se encuentran expuestos a riesgo, de conformidad con las cifras conocidas de prevalencia e incidencia.

Con estas definiciones, refuerza las cuatro grandes estrategias de combate al tabaquismo establecidas en el Programa de Acción respectivo, que a continuación se señalan:

1. Retardar la edad de inicio en el consumo de tabaco
2. Lograr que los (as) fumadores (as) fumen menos
3. Concretar que más fumadores (as) abandonen el consumo de tabaco
4. Brindar mayor protección a los (as) no fumadores (as)

2.1 Las Clínicas de Ayuda para dejar de Fumar

Como se observa en el esquema anterior, el modelo piramidal considera diversas poblaciones, niveles, estrategias y servicios para enfrentar la epidemia de tabaquismo en México.

A efecto de fortalecer la vertiente de tratamiento y rehabilitación se impulsa la creación de clínicas contra el tabaquismo, también denominadas clínicas de ayuda para dejar de fumar o clínicas estructuradas.

Sustentan el concepto básico del servicio que se debe instituir en unidades del segundo y tercer niveles de atención, para cubrir tanto la demanda de atención, como la ampliación de la cobertura del servicio y de esta forma coadyuvar al cumplimiento de la segunda estrategia referida: impulsar la cesación del consumo de tabaco en los fumadores.

De conformidad con lo establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, " ...la clínica puede integrarse con recursos mínimos indispensables y personal debidamente capacitado, y deberá asumir responsabilidades que permitan ir renovando los conocimientos del personal de equipo de salud, así como el desarrollo de proyectos de investigación que contribuyan a aportar nuevos datos para el abordaje eficiente del problema." ¹⁸

Las clínicas contra tabaquismo proporcionan servicios de tratamiento y rehabilitación a pacientes ambulatorios, es decir, aquellos que no requieren hospitalización. El tratamiento se brinda mediante modalidades terapéuticas que combinan terapias psicológica y médica, con o sin apoyo farmacológico.

Tan relevante se considera el funcionamiento de clínicas para cumplir esta estrategia, que el Programa Nacional de Salud fija como meta sexenal la creación de 100 clínicas contra tabaquismo.¹⁹ La meta será cumplida con creces, pues para finales del año 2002 la base de datos del CONADIC refiere que se han constituido ciento treinta y seis clínicas en instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, tanto públicas como privadas.

El *Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México* clasifica a las Clínicas como tipo A, si pertenecen a los hospitales de tercer nivel y disponen de más servicios y recursos Tipo B, son las que corresponden a los hospitales generales, que sólo cuentan con servicios básicos de hospitalización, aunque varias de éstas operan en otro tipo de instituciones, como centros de educación superior.

De manera general, sus funciones son:

- Determinar la prevalencia anual de enfermos.
- Proponer y brindar apoyo farmacológico y psicológico a todos los enfermos hospitalizados que sean fumadores.
- Determinar la prevalencia anual de fumadores que acuden a consulta externa en las diferentes especialidades.
- Impartir sesiones de información para difundir los servicios de la Clínica.
- Proponer y sugerir apoyo farmacológico a todos los pacientes fumadores que acuden a la consulta externa y que no se han hospitalizado.
- Realizar promoción extramuros para dar a conocer los servicios de la Clínica entre los miembros de la comunidad.²⁰

Un estudio del Hospital General de México considera, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Brindar atención al paciente considerando sus antecedentes de consumo y exposición al humo de tabaco, así como la búsqueda de factores de riesgo y patología asociada.
- b) Promover la capacitación y desarrollo de recursos humanos para realizar acciones de investigación, prevención y tratamiento con el propósito de responder a las necesidades de la población.
- c) Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención en la técnica del consejo preventivo sobre tabaquismo.
- d) Realizar cursos y talleres de capacitación para detectar fumadores y canalizar a pacientes con problemas de tabaquismo".²¹

Como se observará con más detalle en la sección relativa a las mejores prácticas identificadas, las clínicas tienen otras funciones importantes que cumplir.



3. El Análisis Comparativo de Mejores Prácticas (ACMP) como herramienta gerencial

La gerencia pública constituye una corriente de pensamiento que susenta un enfoque novedoso para el conocimiento y desarrollo de la actividad gubernamental. También es un instrumento para profundizar los procesos de cambio y reforma en la administración pública. Pedrero señala que "...una situación de cambio podría entonces entenderse como el marco de premisas y supuestos al interior del cual se pretende inducir el proceso. Este marco está dado por la definición de dos características: por una parte la *orientación del cambio*, es decir los ámbitos de acción y límites planteados, si se pretende un cambio sólo en el interior del aparato o bien, que incluya también la relación del aparato con los grupos de la sociedad. El segundo aspecto es la *profundidad* con la que se pretende inducir dicho cambio, es decir, si se focalizan los esfuerzos solamente sobre la estructura orgánica, o se quiere abarcar la inducción del cambio en el ámbito del comportamiento de los individuos que componen el aparato".²²

Por otro lado, refiere que "la orientación en el cambio organizacional asume la necesidad de orientar el proceso hacia el interior del aparato, pero desde una perspectiva de transformación más profunda, que intenta modificar los comportamientos, valores y actitudes de los integrantes de las organizaciones públicas. Esta perspectiva se asocia a procesos en los que se acepta que la transformación se dará en la medida en que se pueda alcanzar modificaciones individuales, la estructura de poder, la forma y orientación en las decisiones, el compromiso en las acciones y la identificación con la función pública. Las actividades derivadas de esta perspectiva son la profesionalización del servicio público, la generación de un nuevo esquema de contribuciones institucionales y los procesos de identidad institucional, entre otros".²³

La gerencia pública se ubica en el marco de una intervención de gobierno en la cual "...se asume que los problemas más importantes se refieren a cómo manejar adecuadamente los recursos para sobrevivir, cómo interrelacionarse ... con otras agencias gubernamentales y con el usuario del servicio que se provee (en ciertos casos inclusive visualizado como cliente) y cómo redefinir constantemente la misión para hacer viable en el largo plazo la acción institucional".²⁴

Ante ello, el gerente público trasciende la figura del administrador público en el sentido de incorporar conocimientos y habilidades que le permiten manejarse en dos esferas. La primera, de carácter político, para entender y ser sensible a las necesidades de la población por atender, a las estructuras de poder en las cuales debe operar y en las que requiere aptitudes para la negociación, la conciliación de intereses diversos y la conducción y liderazgo del equipo de trabajo a su cargo.

La segunda, de carácter técnico implica el dominio y aplicación de ciertos instrumentos o herramientas técnicas que le faciliten la toma de decisiones, la valoración de oportunidades de cambio y el análisis de los retos a los que debe enfrentarse, entre los que se encuentra el impulso del cambio organizacional.

Alcanzar altos niveles de rendimiento en las instituciones, requiere un enfoque orientado al fomento del aprendizaje personal y organizacional. El segundo sienta las bases para la adopción y adaptación al cambio.

El aprendizaje organizacional en las instituciones de salud puede dar como resultado:

1. Incrementar el valor para los pacientes mediante nuevos y mejores servicios de atención.
2. Desarrollar nuevas oportunidades de atención a la salud.
3. Reducir errores, defectos, desperdicios y costos relacionados.
4. Mejorar la capacidad de respuesta y el desempeño.
5. Aumentar la productividad y la efectividad en el uso de recursos en toda la organización.
6. Elevar el desempeño organizacional para incrementar la salud comunitaria y el cumplimiento de las responsabilidades públicas.²⁵

El aprendizaje debe ser una función cotidiana en cada organización. En las organizaciones de salud, el aprendizaje para mejorar el desempeño administrativo puede desprenderse de diversos elementos: investigaciones específicas, ideas y contribuciones de los prestadores de servicios, opiniones de los pacientes y herramientas como el análisis comparativo de mejores prácticas (ACMP) o *benchmarking*, entre otros.

El ACMP es una herramienta gerencial que utiliza con frecuencia el sector privado, comercial e industrial, para aumentar la eficiencia de la organización y la calidad, con la finalidad última de servir mejor a sus clientes. Proviene del término anglosajón *benchmark* que significa estándar o punto de referencia, que se utiliza para comparar y medir objetivos, actividades, procedimientos servicios o productos. Una variable con la que se pueden efectuar comparaciones dentro de un proceso, también constituye un *benchmark*.

Una traducción literal de estos términos del idioma inglés no da idea de su finalidad e importancia. En esta guía se ha optado por entenderlo como "análisis comparativo de mejores prácticas o prácticas exitosas". Ello permite comprender mejor su alcance como instrumento de gerencia aplicada, y como mejor práctica o práctica exitosa, a la forma de trabajo en equipo que en el marco de un proceso conduce al logro de la efectividad y a la calidad en el servicio.

El ACMP es un modelo para mejorar el desempeño. Es un método para mejorar las operaciones empresariales. En esencia consiste en analizar otras empresas y aprender de ellas por medio de una comparación. El desempeño y el comportamiento no son estáticos, cambian con el tiempo. Por consiguiente, el ACMP involucra a toda la organización en la búsqueda de las mejores prácticas existentes fuera de la compañía; esta búsqueda implica no sólo **qué** se hace, sino **cómo** se hace.²⁶

"La esencia del análisis de mejores prácticas es la comparación entre operaciones similares, su eficiencia y sus procesos. Es muy común que los competidores colaboren en proyectos de benchmarking en áreas donde la información compartida no se considera como confidencial. El objetivo consiste en comparar, desarrollar y mejorar los procesos fundamentales de interés para todos los asociados".²⁷

Por otro lado, el director general de la corporación Xerox define al benchmarking como "el proceso continuo de medir productos, servicios y prácticas contra los competidores más fuertes o aquellas compañías reconocidas como líderes de la industria".²⁸

A partir de esta definición cabe comentar algunos aspectos:

1. *Proceso continuo*: la comparación de mejores prácticas debe ser continua, porque éstas cambian en forma constante y ha de revisarse su forma de operación de manera permanente.
2. *Medición*: la comparación de prácticas implica medir. Algunas se pueden cuantificar, otras de naturaleza cualitativa pueden documentarse para un análisis ulterior.
3. *Productos y servicios*: la comparación puede aplicarse al estudio de los procesos, métodos y prácticas de una organización privada o pública, productora de bienes o servicios.
4. *Líderes de la industria*: la comparación no sólo debe aplicarse a los competidores directos, en virtud de que pueden manejar prácticas no aptas para ser analizadas. La comparación se debe dirigir a organizaciones de las que se pueda obtener provecho: una práctica o experiencia exitosa de la que se pueda aprender.

Esto requiere de una investigación cuidadosa para determinar cuáles organizaciones y variables pueden servir como referentes para este efecto.

"*Benchmarking* es la búsqueda de las mejores prácticas de la industria que conducen a un *desempeño excelente*. La atención se centra en las prácticas. Las mediciones de *benchmarking* se contemplan como el resultado de comprender las mejores prácticas. Se logrará la efectividad sólo con el cambio de aquellas que permiten realizar los procesos".²⁹

Las fuentes de información para realizar el ACMP son diversas. En ocasiones esta información es confidencial por lo que las industrias la guardan celosamente. En otras, la información es compartida, producto de investigaciones específicas, evaluaciones, difusión académica y se encuentra en revistas de administración y gerencia, manuales de procedimientos, o bien las empresas se asocian para compartir información no confidencial y generan sinergia para enfrentar a sus competidores.

Así, la comparación de prácticas se basa en una asociación en la que ambas partes (es decir, las organizaciones sujeto y objeto de la comparación) puedan obtener beneficios de este tipo de investigación y del intercambio de datos sistematizados.



4. El Análisis Comparativo de Mejores Prácticas (ACMP) en las Clínicas contra Tabaquismo

En ejercicio de sus atribuciones técnicas y normativas, el CONADIC aplica sistemáticamente un conjunto de estrategias para incorporar instrumentos de gerencia pública que fomentan el cambio y desarrollo organizacionales, una cultura de calidad en actividades de las instituciones de los sectores público, social y privado que participan en la formulación y seguimiento de los programas contra el tabaquismo, la farmacodependencia, el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas.

Se entiende por cambio organizacional "...el paso deliberado de un estado, en cuanto a comportamientos, procedimientos o ambos, a otro superior en términos de la obtención de logros organizacionales relacionados con la calidad, la productividad y la eficiencia" .³⁰

A su vez, el desarrollo organizacional (DO) es "...una respuesta al cambio, una compleja estrategia educacional con la finalidad de cambiar las creencias, actitudes, valores y estructura de las organizaciones, de modo que éstas puedan adaptarse mejor a nuevas tecnologías... y nuevos desafíos y al aturdidor ritmo de los propios cambios." ³¹

De Faria sostiene que el desarrollo organizacional debe ser "...un proceso dinámico, dialéctico y continuo, de cambios planeados a partir de diagnósticos realistas de situación, utilizando estrategias, métodos e instrumentos que miren a optimizar la interacción entre personas y grupos para el constante perfeccionamiento y renovación de sistemas abiertos, de manera que se asegure la eficacia y salud de la organización" .³²

Otros autores, señalan que el desarrollo organizacional consiste en "...el establecimiento de estrategias educativas que permitan a los individuos que trabajan en una organización hacer conciencia de:

- a) Los propios objetivos.
- b) Los objetivos de la organización.
- c) La importancia del trabajo propio y de los demás para lograr dichos objetivos.
- d) Las formas para mejorar el desempeño propio y el de los demás.
- e) El desarrollo de liderazgo organizacional" .³³

Para iniciar el trabajo, se consideró que en México y en el mundo existe una gran cantidad de estudios acerca del problema del tabaquismo, referidos a la susceptibilidad genética, los aspectos y condicionantes sociales, biológicos, psicológicos y conductuales de esta adicción, su vinculación con el uso de otras drogas, el daño a la salud que provoca la nicotina y la sustancias químicas cancerígenas de los cigarros, el impacto ambiental del uso del tabaco, las modalidades de la terapia psicológica y su vinculación con el tratamiento farmacológico en pacientes fumadores (as), etc.

Por otro lado, se aceptó que además de este cúmulo de información científica de gran utilidad para comprender el problema del tabaquismo, hacía falta una investigación que permitiera resaltar las peculiaridades en su carácter de organizaciones, de ciertas unidades de salud sustantivas dentro del Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México: las clínicas de ayuda para dejar de fumar.

infraestructura y recursos



Para implantar las estrategias referidas, la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental del CONADIC elaboró un proyecto para adaptar la técnica *benchmarking*, utilizada en los sectores industrial y comercial privados, a dichas clínicas.

En México y el extranjero son escasas o poco accesibles las fuentes de información para este tipo de proyectos en salud, además de que, por diversas circunstancias, su aplicación es limitada en nuestra realidad.

Por tal motivo, el CONADIC se dio a la tarea de diseñar y coordinar un ejercicio de comparación de mejores prácticas, acorde a nuestra situación administrativa, con la finalidad de destacar elementos de prácticas clínicas y particularmente de desarrollo organizacional que incrementen la efectividad del tratamiento que se brinda en las clínicas a los pacientes fumadores.

Para iniciar el proyecto, la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, convocó a diversas clínicas del Sistema Nacional de Salud a que presentaran sus modalidades de intervención terapéutica contra el tabaquismo durante los meses de abril a noviembre de 2002. Entre ellas, destacaron las clínicas que se consideran pioneras y líderes por el acopio de conocimientos y experiencia en este campo. Además de presentar esa información indicaron los recursos con que cuentan para brindar servicios en diferentes sesiones de trabajo.

Se concluyó que tanto en sus modelos terapéuticos, como sus estructuras organizacionales y funcionales, particularmente en lo concerniente a la formalización y estandarización de sus procesos, las clínicas son muy similares.

Se identificaron así mismo variables en los procesos mencionados, con diferente grado de impacto, pero que mantienen estrecha vinculación con el desarrollo organizacional y la efectividad del tratamiento que brindan a los y las pacientes.

Esta labor conjunta permitió ratificar la factibilidad de este proyecto de investigación aplicada de gerencia pública, en el área de la salud.

4.1 Metodología

A continuación, se detalla la metodología del proyecto con fundamento en las fases del proceso de benchmarking propuestas por Camp (modificado) (Figura 2):³⁴

I. Fase de Planeación

1.1 Identificación de unidades comparables

En esta modalidad de benchmarking aplicado al ámbito de la salud, se identificaron como unidades comparables las denominadas Clínicas contra Tabaquismo o Clínicas de Ayuda para dejar de Fumar, que constituyen recursos fundamentales del Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México.

Fueron seleccionadas las clínicas por su trayectoria en el trabajo contra el tabaquismo, cuya amplia experiencia ha favorecido el desarrollo y perfeccionamiento de mejores prácticas en los aspectos de tratamiento y rehabilitación de fumadores. Entre ellas se mencionan:

En el tercer nivel de atención a la salud:³⁵

1. Hospital General de México.
2. Hospital General Dr. Manuel Gea González.
3. Instituto Nacional de Cancerología.
4. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Además, las clínicas de:

1. La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, porque está vinculada a un importante centro de investigación en materia de prevención, tratamiento y control del tabaquismo.
2. Los Centros de Integración Juvenil, A.C., que atienden pacientes adictos al tabaco y a otras sustancias psicotrópicas.
3. El Instituto Politécnico Nacional, pues brinda servicio a población de educación media superior y superior.

El ejercicio de comparación realizado tuvo una diferencia fundamental con el que usualmente se realiza en el sector privado, en el cual se comparan prácticas de unidades competidoras. En el Sistema de Salud mexicano, a diferencia de otros sectores en donde se promueven prácticas de mercado, las clínicas contra el tabaquismo no trabajan en un ambiente competitivo, ni su motivación es superar a las demás.



Por el contrario, a efecto de generar sinergias en los sistemas de referencia y contrarreferencia horizontal de pacientes y lograr un eficiente aprovechamiento de recursos públicos, se pretende que las clínicas sean complementarias dentro del Sistema Nacional de Salud.

Tal carácter complementario considera su ubicación en distintas instituciones del sistema y en diferentes niveles de atención a la salud, la variedad de recursos e infraestructura de que disponen, la experiencia del personal adscrito, así como las características de los grupos de población que atienden.

I.2 Identificación del objeto para el Análisis Comparativo de Mejores Prácticas (ACMP)

Se definieron como objetos para el análisis comparativo, los procesos y las prácticas que se llevan a cabo dentro de las clínicas.

Esta definición es muy importante en virtud de que el impulso del cambio organizacional implica realizar el análisis por procesos y no por funciones, además porque “ la administración de procesos y el benchmarking son conceptos muy relacionados. La primera considera a una empresa como la suma de sus procesos o flujos de trabajo que cruzan las líneas de la organización formal. El benchmarking permite concentrarse en las necesidades de los clientes e identificar y controlar los procesos para satisfacerlas” .³⁶

En la industria y el comercio, los procesos tienen un carácter más preciso y delimitado (compras, rotación de inventarios, pago a proveedores, etc.) que los de las organizaciones de salud. Por lo tanto, las mediciones y las comparaciones resultantes pueden llegar a ser mucho más complejas.

Otra diferencia importante se determina por su naturaleza y finalidad. Los procesos en las organizaciones de salud tienen como referencia la relación entre seres humanos y no entre mercancías como ocurre en el sector privado.

Los procesos en salud reflejan indefectiblemente una relación muy especial entre seres humanos, entre aquellos que padecen diversos problemas de salud y los que tienen la facultad y la posibilidad de ayudarlos a que se resuelvan. El análisis de los procesos en dichas organizaciones debe basarse en la consideración y el respeto absoluto a la relación que se establece entre los profesionales de la salud y los pacientes.

Con base en la información presentada por las clínicas, se identificaron tres procesos en la atención a los usuarios de los servicios, que a continuación se mencionan:

- A. Pretratamiento
- B. Tratamiento
- C. Postratamiento

A cada uno de ellos se les asignó un conjunto de variables que también se utilizaron como referentes para efectuar la comparación en un plano más detallado de análisis.

Generales

1. Nivel de atención a la salud en que se ubica la clínica.
2. Número de pacientes por mes.

A. Proceso de pretratamiento:

1. Características de la población atendida.
 - 1.1 Edad promedio de los pacientes (por género).
 - 1.2 Porcentaje de pacientes (por género).
2. Nivel socioeconómico y educativo (con parámetros para cada variable).
3. Criterios de selección y de inclusión a la terapia.
4. Utilización del modelo de Prochaska y Di Clemente para analizar fases de aceptación del cambio en el paciente.
5. Investigación de otras adicciones.
 - 5.1 Referencia de pacientes adictos a otros servicios.
 - 5.2 Condicionamiento del tratamiento de otras adicciones para aceptarlos en el tratamiento.
6. Recursos disponibles.
 - 6.1 Infraestructura: número y tipo de instalaciones disponibles.
 - 6.2 Recursos Humanos:
 - 6.2.1 Personal asignado.
 - 6.2.2 Tipo de capacitación recibida en materia de tabaquismo.
 - 6.2.3 Horario en la clínica.
 - 6.2.4 Antigüedad de servicio en la clínica.
 - 6.3 Recursos materiales.
7. Motivo de ingreso al tratamiento.
8. Forma de integración de los grupos.
 - 8.1 Número de pacientes por grupo.
 - 8.2 Unidad de salud de referencia.
 - 8.3 Porcentaje de los pacientes que son referidos.
9. Aceptación de pacientes.
 - 9.1 Porcentaje de pacientes aceptados/rechazados.
10. Aceptación de pacientes con recaídas.
 - 10.1 Porcentaje de pacientes que han recibido tratamiento anterior (misma u otra clínica).
11. Costo para el paciente.

B. Proceso de tratamiento

1. Enfoque del tratamiento.
2. Tipo de valoración médica (general/especialidad).
3. Apoyos diagnósticos (laboratorio y gabinete).
4. Valoración psicológica y de dependencia a la nicotina.
5. Tipo de terapia prescrita.
6. Número de sesiones.
7. Duración de la sesión.
8. Control de peso de los pacientes.
9. Apoyo farmacológico.
10. Tipo de tratamiento a los pacientes con recaídas.
11. Costo del tratamiento por paciente: factores que incluye el costo.

C. Proceso de postratamiento

1. Programa de vigilancia y mantenimiento, considerando: periodicidad, mecanismo de localización y duración
2. Registro estadístico de casos y seguimiento manual o electrónico.
3. Evaluación de abstinencia y efectividad del tratamiento.
 - 3.1 Porcentaje de efectividad/ abandono/ recaída: por género, en diferentes periodos.
4. Factores internos (clínica) que influyen en el éxito o recaída del paciente.
5. Factores externos (paciente) que influyen en su éxito o recaída.



Otros aspectos:

Capacitación

1. Tipo de personal capacitado y (en su caso) dedicado a la capacitación en la materia: temas y frecuencia.

Investigación

1. A pesar de no constituir un referente para medir efectividad, se aprovechó el instrumento para conocer posibles actividades de investigación en la materia.

I.3 Determinación del método para la recopilación de datos

No se identificaron fuentes indirectas de información para realizar el análisis. Se consultaron a las fuentes de información directas: las personas encargadas de dirigir y supervisar el manejo de las clínicas seleccionadas.

El método de recopilación utilizó una cédula para sistematizar el análisis de los procesos y de las variables mencionadas. El instrumento se aplicó mediante entrevista directa con preguntas abiertas y cerradas.

Esta cédula se complementó con una investigación en campo que permitió al equipo de trabajo de la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, analizar la operación de las clínicas.

II. Fase de Análisis.

II.1 Determinación de la "brecha" de desempeño actual.

El parámetro o referencia fundamental para analizar el desempeño de las clínicas fue la efectividad en el tratamiento de los pacientes fumadores.

Esta variable se determinó por dos razones. Porque se requería un elemento que reflejara el desempeño organizacional de las clínicas con orientación a la salud y con enfoque específico a la función primordial o sustantiva de las mismas: brindar tratamiento a los (as) fumadores (as) para que dejen de consumir tabaco.

Ello permite medir el logro de la abstinencia en el consumo de tabaco. Se considera al tratamiento como efectivo cuando el paciente deja de fumar de manera permanente y no efectivo si no deja de hacerlo, no importando si logra que el paciente disminuya su consumo de cigarrillos.

La segunda razón obedece a que el CONADIC definió la pertinencia de alcanzar la meta sexenal para establecer, por lo menos, 100 clínicas contra tabaquismo durante el período 2001-2006, meta cuantitativa, que habrá de ser complementada con otra meta de carácter cualitativo en la atención al problema del tabaquismo en México. Con esta variable se construyó un indicador de resultado, que refiere de manera porcentual a los pacientes fumadores que alcanzan la abstinencia en el consumo de tabaco, con respecto al total de pacientes que acuden a las clínicas, se registran y aceptan recibir el tratamiento que se les brinda.

El indicador es reportado por las clínicas contra tabaquismo al CONADIC, que a su vez recopila los datos y los hace llegar en forma trimestral al Sistema de Seguimiento de Metas a cargo de la Presidencia de la República; junto con otros indicadores, es utilizado para medir el desempeño de la Secretaría de Salud. La efectividad del tratamiento es reportada a este Sistema en dos vertientes de periodicidad: al finalizar las sesiones de terapia y al año de haber concluido ésta. La información se registra por los grupos de trabajo de cada clínica mediante un sistema específico de seguimiento y control.

Es pertinente enfatizar que la segunda de tales vertientes es más compleja y requiere recursos y tiempo mayores, por las implicaciones que conlleva el seguimiento de los pacientes a mediano y largo plazos. Para el 2003, este indicador de resultado se utilizará como parte de los indicadores estratégicos de la Secretaría de Salud que definen aspectos de tipo presupuestal, de ahí la importancia de consolidar el funcionamiento de las clínicas.

Al considerar la experiencia en México en materia de tratamiento del tabaquismo, y de acuerdo también con algunos datos internacionales, el CONADIC ha establecido como parámetro para medir la efectividad del tratamiento en las clínicas, que por lo menos el 35% de los pacientes que acuden, se mantengan en abstinencia al año de haber concluido la terapia. Para 2006, se ha fijado como meta para las clínicas, alcanzar de manera gradual, un 50% de efectividad.

La detección de variaciones en las prácticas que conducen a la efectividad, permite determinar una "brecha" en el desempeño, la cual se define como aquella desviación positiva o negativa de lo que se considera un desempeño "normal". En este caso, respecto al modelo de operación o funcionamiento de las clínicas.

"La 'brecha' proporciona una base objetiva sobre la cual actuar – cerrar la brecha o aprovechar una positiva. La brecha es una proyección del desempeño y por consiguiente cambiará según cambien las prácticas.

Lo que se necesita no es sólo la comprensión de las prácticas actuales sino dónde se encontrará el desempeño en el futuro".³⁷

Se analizará si las brechas positivas dependen de mejores prácticas y cómo se presentan éstas. Así, las clínicas podrán detectar las brechas negativas y tomar medidas para contrarrestarlas.

Con este ejercicio no se pretendió comparar una clínica con otra para determinar "brechas" entre ellas, sino conocer en general las mejores prácticas y en contraposición, definir aquellas que se consideren inadecuadas para el desempeño de estas unidades de salud.

II.2 Proyección de los niveles de desempeño futuros

Se pretende que las propias clínicas analicen las mejores prácticas disponibles y en atención a sus recursos y a la necesidad de propiciar su propio cambio organizacional, incorporen aquellas que les permitan elevar su efectividad en el tratamiento de los pacientes.

Para ello, cada clínica deberá definir sus estrategias y sus mecanismos de auto evaluación y control, que les permitan adoptar aquellas prácticas que consideren viables para mejorar su desempeño y servir con más eficiencia y efectividad.

III. Fase de Integración

III:1 Comunicación de los hallazgos del ACMP y logros de aceptación

Normalmente, los hallazgos de este tipo de ejercicios deben comunicarse a todos los niveles de la organización a efecto de obtener apoyo para aceptar el cambio y adoptar nuevas prácticas de trabajo.

Esto asegura legitimidad y compromiso de los participantes en las prácticas. En principio, la difusión en todo el país de las mejores prácticas será responsabilidad del CONADIC, con la expectativa de que las clínicas difundan e implanten las pertinentes.

III.2 Establecimiento de objetivos y metas funcionales

Esta fase a cargo de cada clínica, al utilizar los hallazgos del análisis como fundamento de actividades de planeación orientadas a incorporar nuevas prácticas de operación y asegurar que estos conocimientos se incorporen cuidadosamente a los procesos mencionados, en un periodo determinado, con objetivos y metas precisas para lograrlo.

IV. Fase de Acción

IV.1 Desarrollo de un plan de acción

Posteriormente, aquellas clínicas que decidan aprovechar el análisis y las prácticas detectadas, deberán establecer mecanismos para hacerlas operativas, adaptándolas a cada organización y mejorando sus procesos.

IV.2 Implementación de acciones específicas y supervisión de progreso

No basta con hacer operativas las prácticas y convencer al personal que maneja los procesos de su beneficio en el desempeño organizacional, si no se cuenta con los instrumentos para verificar su cumplimiento y aceptación entre el personal.

Se debe considerar que algunas de las mejores prácticas en una clínica determinada, responden a un entorno y circunstancias particulares y, en consecuencia, su adopción por otras no es tan sencilla o exitosa como se espera.

En este caso, se sugiere replantear la operación de la práctica, su vinculación con los procesos, variables y condiciones internas de la organización e intentar implementarla nuevamente.

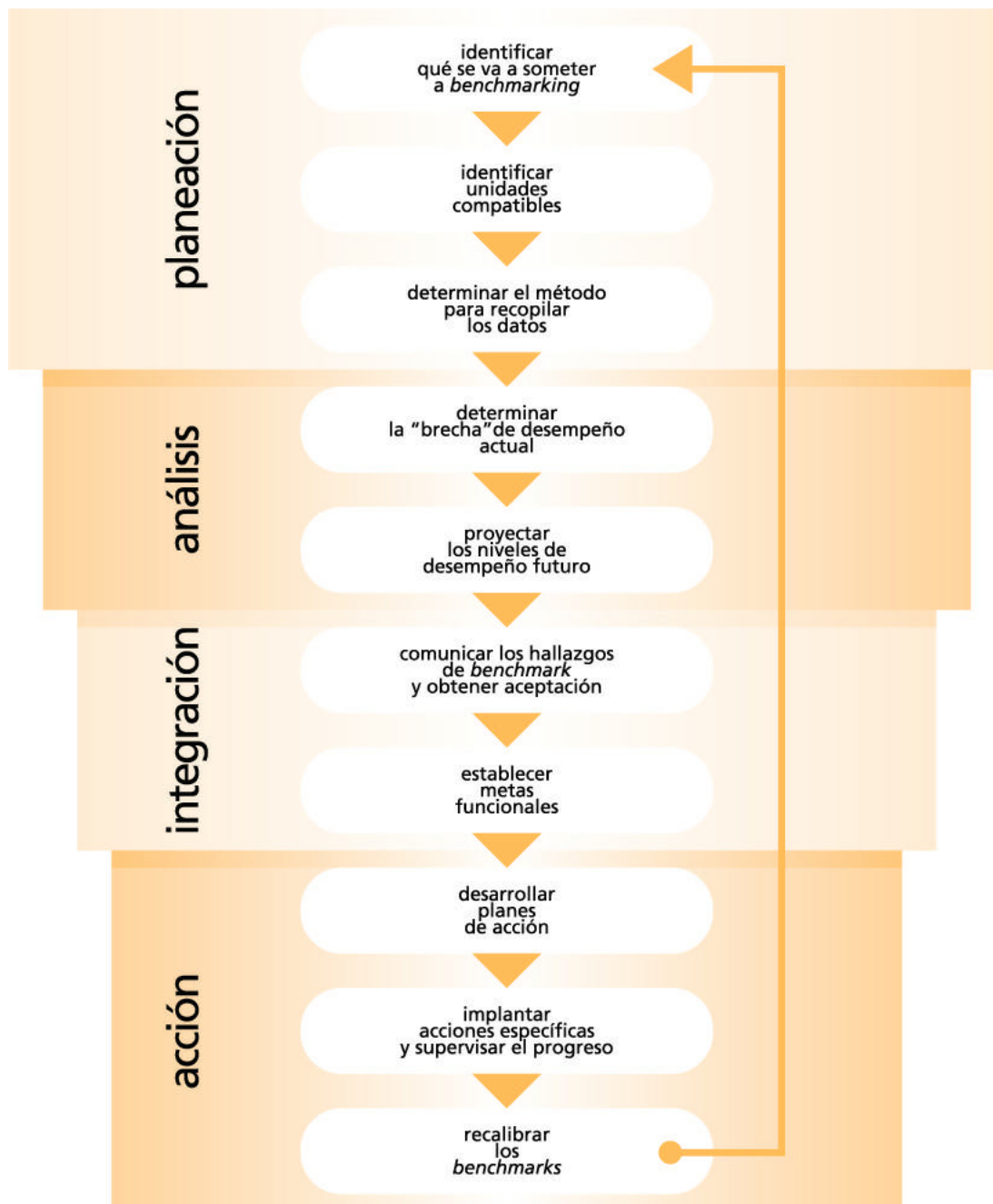
IV.3. Recalibramiento de los *benchmarks*

El ejercicio de ACMP requiere necesariamente de realimentación en virtud de que las prácticas, como las propias clínicas y su entorno, son cambiantes. Cambian los prestadores de servicios en términos de su capacitación y experiencia, las poblaciones presentan modificaciones, los recursos disponibles generalmente son escasos y sufren variaciones, etc.

La "recalibración" de los *benchmarks* en la industria es mucho más fácil que en las organizaciones de salud, donde las variables se orientan hacia una visión más elevada, como la protección de la salud y por lo mismo se vinculan a situaciones más cambiantes, complejas y menos sujetas a procesos de control.



Figura 2
Pasos de los procesos de *benchmarking*



- 1 Devita, E., Berek, P., Cancer Principles. Practice of Oncology. 6th edition, Philadelphia, USA, 2001, pp. 1525-1527.
- 2 Conferencia en CONADIC, Dr. José Ramón Calvo Fernández, miembro del Comité Latinoamericano de la Lucha contra el Tabaquismo., 3 de junio de 2002.
- 3 El Consumo de Tabaco en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). Secretaría de Salud, México, 2000, p. 19.
- 4 Ibid., pp. 55 y 56.
- 5 Ibid., pp. 20 y 54.
- 6 Ibid., p. 55.
- 7 Ibid., p. 62.
- 8 Ibid., p. 54.
- 9 Programa de Acción: Tabaquismo, Secretaría de Salud, México, 2001, p. 26.
- 10 El Consumo de Tabaco en México, op. cit. p. 57.
- 11 Conferencia, Dr. José Ramón Calvo.
- 12 Prabhat, Jha, Chaloupka, Frank. Tobacco Control in Developing Countries. Summary. World Health Organization.
- 13 Dr. Mauricio Hernández, coordinador del proyecto de investigación, entrevista, 31 de mayo de 2002.
- 14 Programa Nacional de Salud 2001-2006, La Democratización de la Salud en México, Secretaría de Salud: México, 2001, pp. 104-105.
- 15 Rubio Monteverde H., Oviedo Gómez Ma. T., Sansores Martínez R., Vélez Barajas A., Castrejón Vacío J., Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México, México, 2001, 16 pp.
- 16 Ibid., p. 1
- 17 Ibid., p. 1.
- 18 Ibid., p. 7.
- 19 Programa Nacional de Salud, op. cit., p. 105.
- 20 Modelo para la Prestación..., op. cit., p. 10.
- 21 Clínica contra Tabaquismo, Hospital General de México, mimeo, 2002, p. 6.
- 22 Cabrero Mendoza, E., Del Administrador al Gerente Público. INAP, México, pp. 62-63.
- 23 Ibid., p. 65.
- 24 Ibid., p. 20
- 25 Health Care Criteria for Performance Excellence. Baldrige National Quality Program. United States of America, 2002, p. 2.
- 26 Bengt Karlof, Manual de Trabajo de Benchmarking. Panorama, México, 1998, p. 15.
- 27 Ibid., p. 20.
- 28 Robert C. Camp. Benchmarking. La búsqueda de las mejores prácticas de la industria que conducen a un desempeño excelente. Panorama, México, 2001, p. 27.
- 29 Ibid., p. 30.
- 30 Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud. Qualimed, Centro Latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios, México, sin fecha, p. 17.
- 31 Beckhard cit. pos. De Faria Mello Achilles, Desarrollo Organizacional. Enfoque Integral. Limusa: México, 2002, p. 27.
- 32 Ibid., p. 31.
- 33 Calidad total para Directivos de Organizaciones de Salud. Op. cit. p. 17.
- 34 Camp, op. cit., p. 34
- 35 Clasificación de acuerdo con el artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, México.
- 36 Karlof, op. cit., p. 15.
- 37 Camp, op. cit., p. 36.



5. Los Resultados del Análisis Comparativo de Mejores Prácticas

Los resultados obtenidos de este análisis se pueden clasificar en tres apartados.

La estandarización de los procesos.

Los recursos necesarios.

Las mejores prácticas.

5.1 La estandarización de los procesos

La investigación contribuyó a sistematizar y estandarizar los tres procesos de pretratamiento, tratamiento y postratamiento. En el anexo 1 se presentan los diagramas de flujo correspondientes.

5.2 Recursos necesarios

Como resultado de la investigación se ha concluido que para poder cumplir con sus importantes responsabilidades y lograr la efectividad en el tratamiento y la calidad en el servicio, las clínicas requieren contar con recursos mínimos.

I. Recursos humanos

Factor de suma importancia es la integración de un equipo de profesionales de la salud con enfoque multidisciplinario y de tiempo completo.

El tiempo completo en la clínica permite incrementar la efectividad en el tratamiento y la capacitación continua del personal tanto en los conocimientos científicos necesarios para comprender el problema de tabaquismo y resolverlo, como sobre los procesos referidos y que requieren un enfoque permanente de desarrollo organizacional.

El equipo idóneo para la clínica debe estar integrado por los siguientes profesionales de la salud: psicólogos (as), médico (a) general o especialista, de preferencia neumólogo, cardiólogo, internista o psiquiatra; trabajadoras sociales, enfermera y también por personal administrativo.

En virtud de su localización en unidades de salud de segundo y tercer niveles, para una valoración adecuada de los pacientes, los médicos especialistas pueden colaborar en horarios predeterminados en la clínica, sin descuidar sus demás responsabilidades, pero estableciendo el compromiso y vinculación con sus tareas en la misma.

II. Recursos materiales

II.2.1) Infraestructura

En principio deben contar con consultorios para las valoraciones médica y psicológica y un espacio suficiente que sirva como sala para las sesiones de terapia.

Los primeros deben ceñirse a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Se presenta como el croquis de un consultorio de medicina general o familiar que aparece en esta NOM. Anexo 2.

Las especificaciones para los consultorios de medicina general o familiar, cubren las necesidades de las clínicas. Estos deben contar con:

1. Dos áreas: una, en la que se efectúa la entrevista con el paciente y acompañante, y otra donde se realiza la exploración física.
2. Las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar pueden estar unidas o separadas; cualquiera que sea el caso, la superficie total de estas dos áreas deberá contener el mobiliario y equipamiento que se menciona en el Apéndice Normativo "A", con los espacios necesarios para las actividades del personal, de los pacientes y acompañantes. Anexo 3.
3. Para la exploración física se requiere que el inmueble, el mobiliario y el equipo tengan la distribución que permita realizar las actividades y acciones médicas de manera eficiente, asegurando los espacios necesarios para una circulación ágil y segura del personal médico y los pacientes.
4. Tener un lavabo en el área.

5. Si el consultorio no está ligado físicamente a una unidad hospitalaria, clínica o sanatorio, debe contar con botiquín de urgencias cuyo contenido se establece como Apéndice Normativo "H". En los casos de consultorios que estén interrelacionados y pertenezcan a una misma unidad médica, será suficiente con la existencia de un botiquín de urgencias. Anexo 4.
6. Contar con un sistema para guardar los expedientes clínicos cumpliendo con los requisitos que indica la NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

Elementos complementarios que refiere esta misma NOM:

- 1) Es recomendable que el área de espera proporcione comodidad y seguridad al paciente y su acompañante mientras aguarda ser atendido; así mismo que el consultorio y la sala de espera cuenten con ventilación e iluminación naturales o por medios artificiales y mecánicos, y con los servicios sanitarios indispensables en la proporción que lo requiera la demanda de pacientes y acompañantes. No debe haber elementos o mobiliario que puedan causar lesiones a los usuarios.
- 2) Las unidades deben ser diseñadas y construidas con elementos necesarios para lograr confort ambiental agradable en los locales que integran el establecimiento de acuerdo a la función, mobiliario, equipamiento y a las condiciones climáticas de la región, con materiales y su distribución adecuada para obtener un aislamiento térmico correcto.
- 3) Las ventanas deberán dimensionarse con capacidad de iluminación y de ventilación naturales, en el porcentaje que se señale en el reglamento de construcción local.

Algunas de las especificaciones contenidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, también deben ser consideradas:

- 1) Acceso directo, rápido y seguro al establecimiento, así como para el egreso, incluyendo lo necesario para las personas con discapacidad y adultos mayores, de acuerdo con lo que establece la NOM-001-SSA2-1993. Esto incluye los mecanismos de transporte y movimiento de pacientes dentro del establecimiento de manera que garanticen la seguridad integral del paciente.

La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

- 2) Los criterios para la aplicación de acabados son, en el caso de pisos: materiales antiderrapantes, lisos, lavables; para muros: materiales lisos y que no acumulen polvo; para áreas húmedas: superficies repelentes al agua; para plafones: superficie lisa, continua, de fácil limpieza y mantenimiento.

La misma NOM señala otros aspectos importantes:

- 1) Todos los consultorios deben disponer del mobiliario mínimo establecido en la NOM-178-SSA1-1998 para el consultorio de Medicina General.
- 2) Todos los consultorios deben tener un sistema de archivo de expedientes clínicos para el manejo diario, este archivo puede ser centralizado (en la clínica) o descentralizado, el cual debe ceñirse a los lineamientos establecidos en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
- 3) El espacio y el mobiliario de la sala de espera deben ser proporcionales al número de consultorios que se dispongan, con un mínimo de 6 lugares de espera por consultorio; así mismo deben considerarse las facilidades de sanitarios.
- 4) Los establecimientos deben ser diseñados y construidos con los elementos necesarios para lograr un ambiente confortable en los diferentes locales que los integran, de acuerdo a la función, al mobiliario, equipo y a las condiciones climáticas de la región, con materiales y distribución adecuados para adaptarse al medio ambiente. Deben contar con la señalización alfabética y analógica (iconos) que asegure que todas las personas comprenden el mensaje.

En cuanto a la sala para las sesiones de terapia debe ser lo suficientemente espaciosa para instalar con comodidad a los grupos de pacientes y brindar una atención digna como lo especifica la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.



II.2.2) Mobiliario y equipo

Para operar con eficiencia, las clínicas requieren lo siguiente:

- A) Equipo de cómputo: computadora, impresora, acceso a internet, para la consulta de directorios y para permitir el acceso a las páginas electrónicas de la Secretaría de Salud y del CONADIC.
- B) Líneas telefónicas.
- C) Mobiliario: médico y de oficina.
- D) Elementos de apoyo para las sesiones: televisión, videocasetera, pizarrón, rotafolios, proyectores de acetatos, pantalla.

Las clínicas requieren también tener acceso a elementos de apoyo diagnóstico, tales como:

- a) Rayos "x".
- b) Pruebas de laboratorio generales
- c) Pruebas de laboratorio específicas: cotinina urinaria.
- d) Espirómetro.



6. Las mejores prácticas

Las mejores prácticas *identificadas* en estas unidades de salud, contribuyen tanto a realizar mejores prácticas clínicas, como de desarrollo organizacional. Difundirlas tiene como intención consolidar la efectividad en el tratamiento de los pacientes fumadores y fumadoras que acuden a ellas.

Otras se derivan de propuestas de la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, que pueden enriquecer su operación y coadyuvar al cumplimiento de sus funciones. En la operación de las clínicas se identifican tres procesos mayores: pretratamiento, tratamiento y postratamiento.

A. PRETRATAMIENTO

Proceso encaminado a proporcionar información y orientación del paciente acerca de las características del tratamiento contra el tabaquismo, así como a determinar su situación médica y psicológica, a efecto de propiciar su ingreso al tratamiento en condiciones idóneas.

A.1 Mejor práctica: Tratamiento acorde con los principios de la Bioética

Regir el tratamiento bajo los principios de bioética, sustentado en un "sistema de reflexión moral en todos los acontecimientos de la vida a efecto de respetar los derechos humanos, procurar siempre la beneficencia y la justicia, considerando la autonomía y dignidad de la persona, y evitando la maleficencia (daño por el tratamiento médico) con los enfermos" ¹:

Entre los principios del Código de Bioética de los profesionales de la salud destacan:

1. "La necesidad de que el paciente o su representante legal sean informados por el médico tratante con sentido humano sobre su enfermedad, en un lenguaje claro y entendible por el enfermo.
2. El respeto a la privacidad del paciente cuando proporciona información al prestador de servicios. Por ello, las instituciones de salud deben contar con los medios para que este precepto se cumpla y el personal ha de vigilar que no se quebrante" .²

Se debe garantizar que los datos proporcionados por el paciente, para la integración del expediente clínico psicológico, tengan un carácter estrictamente confidencial.

A.2 Mejor práctica: Registro de los usuarios de servicios

Registrar a todas las personas que acuden a obtener información acerca del tratamiento que ofrecen las clínicas. Los datos básicos de registro son:

1. Nombre completo.
2. Edad.
3. Sexo.
4. Domicilio.
5. Teléfono.
6. Motivos que los llevaron a acudir a la clínica.
7. Tiempo que ha fumado y número de cigarros consumidos por día.
8. Edad de inicio en el consumo de tabaco.
9. Cómo se enteró de la existencia de la clínica.

Localizar a aquellos usuarios que cuenten con teléfono, que se registraron pero que decidieron no ingresar al tratamiento. La finalidad de este seguimiento, es conocer las razones de esa decisión e intentar convencerlos mediante una intervención telefónica breve orientada a persuadirlos para que acudan a la clínica.

Estimular la participación con visitas domiciliarias a cargo de personal del área de trabajo social para convencer a aquellos pacientes que carecen de línea telefónica, de ingresar al tratamiento.

A.3 Mejor Práctica: Información completa del tratamiento

Destacar algunos datos del paciente que aceptó ingresar a la clínica. Asegurarse de informarle lo siguiente:

1. "Las consecuencias de fumar para su salud y los beneficios de dejar de hacerlo.
2. El diagnóstico preliminar de su estado de salud.
3. Las opciones de tratamiento, destacando que están fundamentadas en la última evidencia científica.
4. La duración del tratamiento.
5. Los beneficios y riesgos del tratamiento.
6. El costo del mismo".³

Informar con precisión al paciente acerca de la posibilidad de la o las recaídas, mismas que no deben identificarse como un retroceso, pues forman parte del ciclo hacia la abstinencia en el consumo de tabaco. Ello permitirá evitar la falta de motivación y la deserción total del tratamiento. Esta práctica se refuerza si se brinda al usuario material impreso.

En la Clínica contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM se diseñaron trípticos para informar al paciente sobre los servicios que brinda la unidad, duración del tratamiento, medicamentos utilizados, costos y horarios. Este material ha resultado de gran utilidad tanto para difundir la clínica como para reforzar el acuerdo de pretratamiento.

A.4 Mejor práctica: Firma de contrato terapéutico

Asegurar que los principios de la Bioética se respeten, y respaldar que el o la paciente comprenda la información proporcionada por el personal de la clínica. Con respecto al tratamiento, se requiere la firma de un contrato terapéutico.

Señalar en el acuerdo los beneficios y posibles riesgos (ej. recaídas) del tratamiento, además de los compromisos y responsabilidades de ambas partes: el paciente y el equipo prestador del servicio de salud.

Cuando las clínicas que incorporan pacientes a protocolos de investigación, como es el caso de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se debe proporcionar un formato de consentimiento informado para su firma.

A.5 Mejor práctica: Aplicación de cuestionario para la detección del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Se considera una mejor práctica diagnóstica que el personal de la Clínica contra Tabaquismo, identifique la sintomatología que indica la presencia de TDAH y en ese caso, hacer la referencia a los servicios de neurología y psiquiatría mediante la aplicación del Cuestionario para el Diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Anexo 5. Considerando los elementos que se presentan a continuación:

"El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una condición psiconeurológica compleja, es un síndrome generalizado de falta de atención, distracción, impulsividad e hiperactividad."

"El TDAH, es hoy en día uno de los trastornos psiconeurológicos más frecuentes en la práctica clínica, se ha incrementado de manera notable en la población infantil. Es un trastorno con un fuerte componente hereditario, más frecuente en niños que en niñas con una prevalencia del 1.7% al 17.8% de la población (7% en promedio)."

"Antes se consideraba que el TDAH era un trastorno de la infancia y que persistía durante la adolescencia. Hoy sabemos que más del 50% de niños con TDAH lo padecen en la edad adulta. El 80% de pacientes de una consulta psiquiátrica general, tienen antecedentes de TDAH."

"Hoy se considera que el TDAH puede ser el trastorno psiquiátrico no diagnosticado más común en los adultos."

"El diagnóstico de TDAH en el adulto se basa especialmente en el antecedente de TDAH en la infancia. Niños con TDAH tienen mayor riesgo de sufrir algunas comorbilidades junto con su trastorno durante la adolescencia y la vida adulta, en especial trastornos de ansiedad, afectivos (depresión) y obsesivo compulsivos, abuso de drogas, y personalidad antisocial, por lo tanto los adultos presentan una variedad más complicada de trastornos psiquiátricos que los niños, lo que hace el diagnóstico aún más difícil."

"Además se debe tomar en cuenta que el adulto desde la niñez ha creado mecanismos de defensa para así compensar su déficit de atención y poder ser funcional en su vida académica y laboral, por eso el aumento de



los trastornos asociados (comorbilidad) entre los adultos. La nicotina causa una mayor atención por lo cual el tabaquismo es un serio riesgo para los niños y adultos". Un diagnóstico exacto y temprano del TDHA puede evitar una conducta negativa de largo plazo." ⁴

B. TRATAMIENTO

Tratamiento es el "conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia". ⁵

B.1 Mejor Práctica: Análisis de población atendida

Atender las necesidades actuales de uso racional de recursos, formas de organización interna y modalidades de terapia a aplicarse, a partir de dos vertientes de análisis:

a) A corto plazo:

- Edad.
- Sexo.
- Nivel socioeconómico.
- Nivel educativo.
- Grado de dependencia a la nicotina.
- Presencia de comorbilidad o de trastornos psiquiátricos, entre otros.

b) A mediano y largo plazos

- Elaborar un estudio prospectivo de las tendencias de cambio demográfico y socioeconómico en la población objetivo para atender necesidades futuras.
- Llevar un registro de estos datos e integrarlos al sistema de información estadística de la clínica.

B. 2 Mejor práctica: segmentación de poblaciones

Utilizar la información anterior para definir criterios de segmentación de poblaciones a fin de integrar los grupos.

De conformidad con un estudio del Hospital General de México, parte del éxito del programa se debe a una buena selección de los integrantes de cada grupo⁶. Por otro lado, en esta investigación se observó que la segmentación no es común en las clínicas, a causa de la heterogeneidad de los pacientes.

Es aconsejable considerar la práctica de la segmentación, si las clínicas tienen oportunidad de tratar a grupos más homogéneos en edad, género u otra variable que les permita alcanzar mayor efectividad en el tratamiento. Ejemplo: estudiantes, mujeres gestantes referidas del servicio de ginecología, etc.

Segmentar a la población, crear estos grupos y adecuar las terapias a los mismos, de acuerdo con su demanda, sus necesidades y sus recursos, depende de las características y condiciones de cada clínica.

La segmentación de poblaciones permite otorgar mejor atención a aquellos individuos considerados de mayor riesgo y que deben incorporarse a las acciones de atención primaria de la salud con prontitud: adolescentes y mujeres embarazadas. También comprende modalidades de terapia comprensibles para pacientes con bajo nivel de escolaridad.

B. 3 Mejor práctica: formación inmediata de grupos de tratamiento

Impulsar continuamente la creación de grupos para tratamiento, a fin de que el paciente no tenga que esperar a la apertura de un grupo específico. La mayoría de las clínicas ha optado por integrar grupos conforme ingresan sus pacientes y en caso necesario, brindarles terapia individual.

Esta práctica tiene la ventaja de eliminar dos importantes barreras de acceso al tratamiento: por un lado, la selectividad y por otro, evita que los pacientes desistan de acudir a la clínica por tener que esperar a que se abra un grupo específico.

B.4 Mejor práctica: grupos de tratamiento en días y horarios diversos

Organizar los grupos de manera que se puedan ofrecer servicios en diferentes días y horarios de trabajo. Esta práctica disminuye las barreras de acceso a los servicios de tratamiento en estas unidades de salud.

B.5 Mejor Práctica: modelo combinado y sinérgico de terapia psicológica y médica

Considerar dos abordajes de tratamiento para la adicción a la nicotina: el médico y el psicológico.

Un estudio realizado en Gran Bretaña, demostró la utilidad de combinar estos abordajes al conocerse que “un análisis de los productos y servicios para la cesación del tabaquismo determinó que los fumadores tienen hasta cuatro veces más probabilidad de dejar de fumar al asistir a clínicas de especialistas en la atención del tabaquismo que simplemente utilizando la fuerza de voluntad”,⁷ por lo que la estrategia también ha sido incorporada en el plan de trabajo del Servicio Nacional de Salud Británico (National Health Service Plan, julio 2000).

Como resultado de la investigación y partiendo de la premisa de que todas las modalidades de terapia médica y psicológica en las diferentes variantes observadas son efectivas, se determinó que en esta materia no era posible seleccionar una mejor práctica.

Esta idea se fundamenta en que las clínicas difieren, en los siguientes aspectos:

1. Las características y el tamaño de la población que atienden.
2. Los recursos con que cuentan para la atención de estas poblaciones.
3. La formación profesional de los psicólogos y las psicólogas, que responden a diversos niveles de experiencia, preparación y capacitación, así como a las diversas prácticas clínicas. Lo mismo ocurre con los médicos en cuanto al tratamiento farmacológico que prescriben.
4. La experiencia en tratamiento de los profesionales de la salud adscritos a las clínicas.

Seleccionar un solo modelo terapéutico no sería conveniente en términos de la efectividad del tratamiento por dos razones:

Primera, se restringiría el derecho de los prestadores del servicio a decidir de manera libre el mismo.

Segunda, impediría la incorporación de otras técnicas (reestructuración cognoscitiva, hipnosis, etc.) y de experiencias (nacionales e internacionales) al bagaje de conocimientos que ya se aplica en la atención del tabaquismo.

Cabe reconocer el esfuerzo y liderazgo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), para capacitar al personal de las clínicas en esquemas de tratamiento integral de los pacientes, que incluyen la difusión del modelo cognitivo conductual y las modalidades de tratamiento farmacológico.

El INER desde hace varios años ofrece capacitación a personal de clínicas de diferentes instituciones. Por su parte, la UNAM ha capacitado recientemente a los responsables de 32 clínicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Se presenta información detallada sobre las clínicas incluidas en la investigación, así como las características de las sesiones que desarrollan, (anexo 6), con el propósito de facilitar la comparación de las modalidades de tratamiento utilizadas por cada clínica, así como la ponderación de las sesiones y su contenido. Esto permitirá analizar y enriquecer las modalidades terapéuticas de otras clínicas que deseen aprovechar esta información.

B.6 Mejor práctica: valoración médica completa

Efectuar la valoración clínica por un médico general o un especialista, quien deberá elaborar o en su caso, completar la historia clínica del paciente. La misma debe incluir examen médico completo por sistemas, con énfasis en una evaluación cardiorrespiratoria detallada.

Los estudios de laboratorio y gabinete que deben incluirse, son:

1. Pruebas de laboratorio: química sanguínea, biometría hemática, examen general de orina, perfil de lípidos.
2. Exhalación de monóxido de carbono.
3. Citología de expectoración.
4. Radiografía PA y lateral de tórax.
5. Electrocardiograma.
6. Pruebas funcionales respiratorias.

Algunas clínicas como la del Hospital General de México, no solicitan biometría hemática ni química sanguínea, porque no aportan elementos para detectar padecimientos neumológicos o asociados al consumo de tabaco.



- Utilizar la batería completa permite detectar comorbilidad, asociada o no al consumo de tabaco; en caso de alteración se deberá referir al servicio correspondiente.
- Utilizar la citología nasal cuando sea posible, porque facilita un diagnóstico temprano de lesiones en aparato respiratorio superior.
- Repetir algunos de los estudios antes citados a los seis y doce meses después de que el paciente ha dejado de fumar. En la Clínica de la Facultad de Medicina se realizan, de manera rutinaria, tres espirometrías a los pacientes.

Los cambios que se presentan en la función pulmonar hacia la mejoría son evidentes y sirven como estímulo para que los pacientes se mantengan en abstinencia, y que continúen en contacto con la clínica, lo que facilita el seguimiento. En caso de detectar alteraciones importantes, es recomendable repetir a los seis meses la biometría hemática o la química sanguínea.

En cuanto a la espirometría, se ha determinado que junto con la radiografía de tórax es útil en la detección y valoración de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Además, se conoce que no genera importantes costos posteriores, pues las boquillas son económicas y las tenazas plásticas para la nariz pueden ser reutilizadas después de procedimientos antisépticos.

B.7 Mejor práctica: Entrega de resultados de laboratorio y gabinete

Entregar los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete, de manera personal y confidencial, una vez que el paciente se ha integrado al tratamiento.

Disminuir los niveles de deserción, mediante la sensibilización en las sesiones.

La entrega de resultados de laboratorio y gabinete al inicio de las sesiones resulta contraproducente en ocasiones, pues al saber que están sanos algunos pacientes no regresan a concluir el resto de las sesiones.

Por esta razón, en la Clínica contra Tabaquismo del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", se entregan los resultados a partir de la quinta sesión de terapia, cuando el paciente se ha integrado más en el tratamiento y, por lo tanto, es más difícil que pueda desertar.

B.8 Mejor práctica: participación de otros servicios hospitalarios en las sesiones de tratamiento

En virtud de su localización dentro de unidades de segundo y tercer niveles de atención, las clínicas contra tabaquismo no deben trabajar de manera aislada.

Invitar a otros profesionales de la salud para enriquecer sus sesiones, mediante la impartición de pláticas. Tal es el caso de cardiólogos y neumólogos, así como de estomatólogos y nutriólogos por los daños que produce el tabaco en los sistemas en que ellos se especializan.

- Impulsar estrategias en colaboración con el servicio de estomatología, para referir a la clínica a los pacientes que presenten algún daño en cavidad oral provocado por el consumo de tabaco.
- La clínica del Hospital General de México cuenta con un programa integral de rehabilitación para el paciente fumador con insuficiencia respiratoria, que incluye: terapia de ejercicios (ergometría, bicicleta, etc), para incrementar su calidad de vida.

B.9 Mejor práctica: apoyo de nutriología en las sesiones

Controlar signos vitales y el peso corporal antes de iniciar cada sesión de tratamiento y llevar un registro de estos datos.

La experiencia en la Clínica del Hospital General de México destaca que señalar metas a corto plazo, con una combinación de dietas y ejercicios establecidos por profesionales en la materia, es un factor que incrementa la efectividad.

La participación de nutriólogos durante alguna sesión es importante por dos razones: es pertinente que los pacientes tengan acceso a información que les permita modificar sus hábitos alimenticios, en consonancia con la terapia contra el tabaquismo y segundo, algunos pacientes tienden a recaer pues al dejar de fumar aumentan de peso.

En la Clínica del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) también se facilita a los pacientes una cita individual al servicio de nutriología para que reciban asesoría más específica.

B.10 Mejor práctica: prescripción de fármacos por el personal médico

Realizar la valoración, prescripción, manejo y seguimiento casuístico tanto de los medicamentos utilizados en la terapia de reemplazo de nicotina y de manera particular, de los antidepresivos como la anfebutamona (bupropión) de liberación prolongada, por un médico, a todos los pacientes que ameriten este tipo de tratamiento.

El empleo de medicamentos en el paciente debe ser controlado por el profesional médico de las clínicas, porque es quien cuenta con los conocimientos acerca de la farmacodinámica, la farmacocinética y los potenciales riesgos y efectos secundarios que conlleva su uso.

B.11 Mejor práctica: valoración psicológica completa

Efectuar una valoración psicológica por un psicólogo clínico mediante entrevista y aplicando los instrumentos de evaluación siguientes: ⁸

1. Prueba de personalidad de Eysenck (EPO).
2. Inventario de Depresión de Beck.
3. Cuestionario de Asertividad.
4. Historia de tabaquismo.
5. Cuestionario sobre motivos de fumar.
6. Cuestionario de Fagerström.
7. Cédula de autoregistro y autocontrol de línea, base y control diario.

Valorar los estadios de cambio en los pacientes mediante el modelo de Prochaska y DiClemente, facilitar ubicarlos en distintos grupos de tratamiento.

Integrar el expediente clínico médico y psicológico de acuerdo con lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

B.12 Mejor práctica: expediente psicológico en la clínica

Resguardar y utilizar el expediente psicológico en la clínica, por razones de confidencialidad.

Para el caso de los expedientes médicos, evitar duplicidades y utilizar los expedientes que se resguardan en algún servicio de estas unidades hospitalarias.

B.13 Mejor práctica: detección, referencia y seguimiento de pacientes con padecimientos psiquiátricos o poliusuarios de drogas

Realizar una adecuada valoración médica y psicológica que permita establecer la presencia de padecimientos psiquiátricos; en su caso, referir al servicio respectivo. Considerar la pertinencia de iniciar el tratamiento contra el consumo de tabaco, después de valorar que el manejo psiquiátrico es efectivo.

Detectar otras adicciones. Diagnosticar y referir al paciente al servicio apropiado, con seguimiento adecuado del tratamiento de la farmacodependencia y posteriormente tratar su adicción al tabaco, constituye una mejor práctica.

B.14 Mejor Práctica: brindar diversas modalidades de terapia

Ofrecer modalidades de terapia grupal o individual, de acuerdo con la valoración de cada uno de los pacientes.

- Son esporádicos los casos de los pacientes que no cumplen con los criterios de inclusión al tratamiento. A todos se les brinda la posibilidad de participar en alguna de las modalidades que ofrecen las clínicas.
- Brindar tiempo y un tratamiento más personalizado a pacientes que así lo requieran es una mejor práctica que debe ser ponderada por las clínicas.
- Incorporar terapias de carácter familiar refuerza la efectividad del tratamiento. En la Clínica del INCAN se brinda terapia familiar cuando se detecta un núcleo familiar disfuncional; cuando se detecta disfunción de pareja se refiere a otras instancias.
- Sensibilizar a los familiares permite incrementar la efectividad en el tratamiento, de acuerdo a la experiencia de esta clínica.
- Disponer de un directorio de instituciones o terapeutas públicos y privados para la adecuada referencia de pacientes.



B. 15 Mejor práctica: incorporación de la perspectiva de género en el tratamiento

“ Cuando se habla de incorporar la perspectiva de género al diseño de políticas y programas, se hace referencia al proceso de evaluación de las consecuencias de estos programas para las mujeres y los hombres en todos los sectores y a todos los niveles” .⁹

“ Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y las experiencias de las mujeres y los hombres sean elementos integrantes de la elaboración, instrumentación, supervisión y evaluación de políticas y programas, a fin de que ambos se beneficien por igual y se impida que la desigualdad se perpetúe” .⁹

Debe tomarse en cuenta que:

1. Existen entre ellas diferencias de clase (nivel socioeconómico), etnia y edad, educación, cultura y residencia geográfica.
2. Los diferentes roles separados o simultáneos (p.e. madre, ama de casa, trabajadora) que desempeñan durante diversas etapas de su vida.

Aunados a esta perspectiva, deben considerarse otros factores, como los de carácter epidemiológico que señalan una tendencia creciente de consumo de tabaco en las mujeres y los manifestados en algunas clínicas, que refieren por un lado que las mujeres necesitan de más ayuda para dejar de fumar, pero por otro señalan que son más receptivas al tratamiento que se les brinda.

Se conoce que el tabaquismo activo y pasivo tienen efectos negativos en el aparato reproductor femenino: reduce la fertilidad (habilidad para reproducirse) y la fecundabilidad (probabilidad de concebir en un ciclo menstrual determinado); produce incremento de desórdenes menstruales; la menopausia se presenta dos años antes en fumadoras activas; el humo del tabaco es antiestrogénico, produce alteraciones en el transporte tubario y destrucción de folículos y oocitos.

Además, las mujeres tienen una respuesta idiosincrásica diferente a los fármacos. Las fumadoras que toman anticonceptivos tienen mayor probabilidad de padecer trombosis y enfermedad cardiovascular y se sabe que la terapia de reemplazo de nicotina es menos benéfica en ellas, en comparación con los hombres.¹⁰

Hacer una evaluación integral de la historia ginecoobstétrica de las pacientes que incluya datos sobre ciclo menstrual, uso de anticoncepción hormonal, embarazo, inicio de abstinencia tabáquica, entre otros, se considera una mejor práctica.

Aplicar la perspectiva de género de manera particular durante el tratamiento, puede reforzar la efectividad del mismo al considerar que las mujeres no constituyen un grupo homogéneo y que tienen necesidades e intereses diferentes.

B.16 Mejor práctica: estrategias diversas para el entorno del paciente fumador

Considerar en las terapias la existencia de elementos exógenos que son coadyuvantes para el estímulo u obstaculización al consumo de tabaco.

Prestar particular atención a los factores personales, sociales o familiares que motivan al fumador a continuar fumando y de esta manera definir esquemas de terapia que permitan atemperar la influencia de dichos factores.

B.17 Mejor práctica: ponderación para incorporar o referenciar al paciente con recaídas

La Clínica del Hospital General de México acepta pacientes con recaídas que han recibido tratamiento en esa clínica pero después de un año de haber concluido el mismo.

En la clínica del INCAN aceptan pacientes con recaídas que han recibido tratamiento anterior en la misma o en otra clínica. A estos pacientes se les proporciona tratamiento en forma individual, con detección de factores de riesgo, que incluye influencias de tipo familiar; si se requiere, se brinda terapia familiar.

Ponderar la pertinencia de reincorporar a los pacientes con recaídas al tratamiento, después de un plazo, o bien referirlos a otra unidad, depende de la modalidad de terapia que desarrolle cada clínica.

C. POSTRATAMIENTO

Proceso que tiene como finalidades apoyar al paciente a mantenerse en abstinencia y a detectar de manera oportuna las recaídas para, en su caso, reincorporarlo a un nuevo proceso de tratamiento.

C.1 Mejor práctica: registro completo de datos para el seguimiento

Registrar estos datos básicos de los pacientes que concluyen el tratamiento para su seguimiento:

1. Nombre del paciente.
2. Fecha de la llamada.
3. Si se encontró o no.
4. Si no se encontró, se dejó un mensaje y cuál fue.

Registrar si el paciente siente deseos de fumar, si se brindó algún apoyo, cuál fue y por cuánto tiempo. Usualmente dicho apoyo es una intervención breve porque las clínicas no proporcionan terapia por teléfono, debido a la falta de recursos y de tiempo. De requerir más apoyo, se cita al paciente en la clínica.

C. 2 Mejor práctica: Registro de datos de pacientes con recaídas

La clínica del INCAN realiza un seguimiento puntual de estos pacientes en otra libreta con los siguientes datos:

1. Nombre del paciente.
2. Edad.
3. Sexo.
4. Estado civil.
5. Escolaridad.
6. Familiograma (fumadores, no fumadores).
7. Recaída o no.
8. Motivos de la recaída.
9. Tiempo de abstinencia antes de recaer.
10. Tiempo de recaída.
11. Qué ha hecho el paciente para dejar de fumar.
12. Qué es lo que le ha ayudado para la abstinencia.

El seguimiento se hace vía telefónica y si se detecta angustia o algún otro factor que predisponga al paciente a recaer, se le da una cita. Esta información es utilizada para realimentar y valorar la pertinencia de aplicar las modalidades de terapia utilizadas.

En la forma de registro de recaídas de la Clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM, se agrega al final una lista de motivos de recaída numerados, lo que facilita el registro. Se muestra a continuación:

1. Para reducir o controlar el estrés.
2. Porque estaba en presencia de otros fumadores.
3. Porque mi deseo de fumar fue demasiado fuerte.
4. Porque estaba en una situación en la que normalmente fumaba.
5. Para reducir o controlar la frustración.
6. Para reducir o controlar el coraje.
7. Porque estaba bebiendo alcohol.
8. Para reducir o controlar la ansiedad.
9. Para reducir o controlar la irritabilidad.
10. Porque estaba deprimido, porque me sentía desmotivado.
11. Porque estaba cansado.
12. Porque estaba aburrido.
13. Para ayudar a mi concentración.
14. Porque tenía dificultades para conciliar el sueño.
15. Porque estaba usando otras drogas.
16. Porque estaba enojado.
17. Para controlar mi peso.



18. No estoy seguro.

19. Otro.

C.3 Mejor práctica: Integración de grupos o clubes de pacientes rehabilitados

Constituir grupos con una modalidad mixta: sesiones en las que participan los profesionales de la salud con intervenciones de los propios pacientes que han dejado de fumar, así como para autoayuda, con la finalidad de reforzar la continuación del estado de abstinencia.

Eliminar el concepto de "ex fumadores" por su vinculación o referencia al consumo de tabaco. Se les debe llamar de otra manera. En la clínica del Instituto Politécnico Nacional (IPN) se ha optado por llamar a estos grupos de "ocio saludable"; aunque hay quienes les llaman pacientes saludables, pacientes rehabilitados, etc.

En la Clínica del Hospital General de México se resalta la importancia de que el paciente busque actividades con grupos sociales y culturales, como medida para reforzar la abstinencia.

En la clínica del INCAN se organiza en diciembre una pastorela en la que participan los pacientes y sus familiares con temas contra el tabaquismo.

La mayoría de las clínicas tiene mecanismos para reconocer el esfuerzo de los pacientes y reforzar el cambio de hábitos al terminar el tratamiento. Para tal efecto les entrega un distintivo de metal o de plástico, diploma o constancia.

C. 4 Mejor práctica: Duración del seguimiento de pacientes rehabilitados

Los integrantes de las clínicas implementan diferentes mecanismos para el seguimiento de los pacientes que han concluido la terapia.

Al terminar el tratamiento, en la Clínica del INCAN se cita al paciente vía telefónica cada mes durante un año. A la misma asisten el paciente, sus amigos, familiares y otras personas.

La Clínica del Hospital General de México efectúa una cita vía telefónica a los quince días y después cuatro citas trimestrales durante un año. Realiza seguimientos el último viernes de cada trimestre (marzo, junio, septiembre y diciembre), fechas previamente establecidas, lo cual reduce los gastos y considera a los pacientes ya que pueden programar mejor sus actividades.

Las citas telefónicas para los seguimientos son realizadas por los terapeutas de la clínica que ofrecen su ayuda de manera voluntaria. Además en estos seguimientos existe una celebración de los pacientes que cumplen años sin fumar. También se lleva a cabo un seguimiento médico, mediante el cual se les valora cada 6, 12 meses, o en plazos establecidos a criterio del médico tratante.

A excepción de la Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que reporta un seguimiento de pacientes a cinco años, el resto de las clínicas carece de recursos para hacerlo más allá de un año.

Crear un programa de vigilancia y mantenimiento eficaz que comprenda a todos los pacientes que han concluido el tratamiento, por lo menos durante el primer año, constituye una mejor práctica.

C.5 Mejor práctica: Evaluación por el paciente de los servicios prestados

Al término del tratamiento la Clínica de la UNAM solicita a los pacientes que respondan a una evaluación que incluye opiniones acerca de:

- La terapia de grupo.
- El tratamiento farmacológico.
- La duración del tratamiento.
- Los servicios prestados.
- Los materiales utilizados.
- La calidad del trato del personal y de su capacidad profesional.
- Sugerencias.

Esta práctica permite rediseñar y proponer cambios tanto en las terapias como en los procesos.

C.6 Mejor práctica: Elaboración de estudios de casos clínicos

Elaborar estudios de casos entre los integrantes del equipo de trabajo en la clínica es una forma de enriquecer la terapia y de conocer con más detalle a aquellos pacientes que presentan características particulares en su tratamiento, además de hacer posible en el futuro el intercambio de experiencias entre las clínicas.

C.7 Mejor práctica: Valoración de la abstinencia con la prueba de cotinina

La efectividad en el tratamiento, se fundamenta en primera instancia, en la información que cada paciente proporciona al equipo de la clínica acerca de si ha logrado dejado de fumar o ha recaído.

Únicamente el INER y la UNAM utilizan la prueba de cotinina urinaria para cruzar esta información y verificar que el paciente continúa verdaderamente en abstinencia. De esta forma se incrementa la confiabilidad del indicador de resultado.

Aplicar esta prueba diagnóstica al total o por lo menos a una muestra del total de pacientes que al concluir exitosamente el tratamiento son incorporados al sistema de vigilancia y mantenimiento de la abstinencia de cada clínica, constituye una mejor práctica.

D. OTRAS PRÁCTICAS

Existen otras prácticas que no pueden ser ubicadas en los tres procesos señalados, pero que son importantes por su vinculación con funciones que las clínicas desempeñan:

D.1 Mejor práctica: Cumplimiento de la vortatividad vigente

Conocer el marco jurídico del área de la salud en que operan las clínicas. De manera especial, conocer, aplicar y difundir la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Considerar el Reglamento sobre Consumo de Tabaco, que establece la prohibición de fumar en las unidades hospitalarias y clínicas de los sectores público, social y privado que constituyen el Sistema Nacional de Salud, que incluye: Institutos Nacionales de Salud, hospitales, sanatorios, clínicas, unidades médicas, centros de salud, consultorios médicos, dentales y de otras disciplinas relacionadas, laboratorios clínicos, gabinetes de diagnóstico y tratamiento.

D.2 Mejor práctica: Creación de un sistema de información interna

Desarrollar labores para la recopilación de información y llevar un registro de datos obtenidos durante algunas fases de los procesos, entre ellos:

1. Registro de usuarios.
2. Resultados de la consejería médica y psicológica a pacientes que en principio decidieron no ingresar al tratamiento.
3. Número de pacientes que participan en las sesiones y las concluyen, así como las razones de la deserción.
4. Programa de vigilancia y mantenimiento.
5. Número de pacientes con recaídas y causas de éstas, etc.

Construir un sistema que permita realimentar la información y fortalecer la toma de decisiones para mejorar los procesos. Desarrollar esta práctica requiere que las clínicas cuenten por lo menos con una computadora que dé acceso a Internet y una impresora modernas.

Tener acceso a Internet permitirá consultar directorios actualizados de estas instituciones y que se encuentran en las páginas Web de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional contra las Adicciones: (www.salud.gob.mx/unidades/conadic).

Considerar en este Sistema de Información, la integración de otros datos útiles para facilitar la referencia y contrarreferencia de pacientes, como directorios de:

1. Clínicas contra tabaquismo de todo el país.
2. Centros de Integración Juvenil y otros establecimientos que realizan labores de prevención, tratamiento y control de las adicciones.
3. Servicios de salud de segundo y tercer niveles de atención.



D.3 Mejor práctica: Creación de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes

En el INCAN, se ha detectado la necesidad de contar con los directorios mencionados, en virtud de que pacientes o sus familiares que acuden a recibir tratamiento especializado en la Ciudad de México, y que muestran deseos para dejar de fumar, interrumpen su tratamiento cuando retornan a las entidades de origen.

Conocer a cuál clínica pueden ser derivados los pacientes. De estar disponible, establecer comunicación directa mediante internet con dicha clínica para proporcionar información sobre la instancia que refiere, un resumen del caso clínico, las características del paciente, la etapa en que interrumpió el tratamiento, sugerencias y otros aspectos relevantes, como lo señala el apartado 8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Considerar en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de las clínicas en dos vertientes de vinculación:

1. Horizontal: con otros servicios de la misma u otra unidad hospitalaria y con servicios de otras instituciones que atiendan problemas de adicciones.
2. Vertical: con otros niveles de atención a la salud, particularmente con el primer nivel de atención.

Facilitar los flujos en este sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, será responsabilidad del Consejo Nacional contra las Adicciones al diseñar y operar un sistema informático para que los propios Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) mantengan actualizados los directorios de las clínicas contra tabaquismo en sus respectivas entidades federativas.

Proporcionar esta misma información por medio de la línea telefónica (sin costo) del CONADIC: 01 800 911 2000.

D.4 Mejor práctica: Promoción de los servicios de la clínica

No esperar a que otras unidades de salud en diferentes niveles de atención u otros servicios hospitalarios realicen acciones para referir pacientes a las clínicas.

La Clínica del Hospital General de México funciona también como clínica ambulatoria. Su personal acude con frecuencia a empresas para atender a diversos grupos de trabajadores a los cuales brinda la terapia respectiva.

Invitar a conocer la clínica y los servicios que ofrece, a directivos de instituciones de educación media, media superior y superior, centros de trabajo, etc., a efecto de promover la referencia de pacientes.

En esta práctica es importante la intervención de todos los integrantes de la clínica, del resto del equipo de salud y de manera particular del área de trabajo social.

Las trabajadoras sociales deben realizar promoción permanente de los servicios que ofrece la clínica tanto en los pacientes como en sus familiares, en las áreas de consulta externa, salas de espera y de hospitalización.

Promover los servicios de la clínica mediante diversas modalidades. Información tanto del INER como de la UNAM precisa que una manta afuera de la clínica (o un letrero similar con carácter permanente) es el medio de difusión de más impacto para atraer pacientes.

Asegurar que dentro de la unidad hospitalaria exista señalización que indique la existencia de la clínica, de los servicios que proporciona y su fácil localización.

Resulta paradójico que el personal médico y paramédico de las unidades de salud donde se encuentran las clínicas tenga elevados índices de consumo de tabaco. De acuerdo con la Encuesta en Aspirantes a Residencias Médicas de 1998, se encontró que "20% de los médicos eran fumadores, 34% ex fumadores y 46% no fumaba". De los fumadores, 5% registró un consumo severo al fumar más de 16 cigarros diarios. Por otro lado, la prevalencia entre los médicos que laboran en los diferentes Institutos Nacionales de Salud fue de 22%".¹¹

Estos datos son relevantes, pues se ha comprobado que los médicos que fuman, llevan a cabo menos intervenciones en sus pacientes contra el tabaquismo, en comparación con los médicos que no fuman. Diseñar estrategias específicas para que tanto el personal médico como el paramédico acuda a recibir tratamiento es importante.

Las clínicas contra tabaquismo deben involucrarse en programas que permitan de manera directa o indirecta reducir la prevalencia de tabaquismo en el personal de salud. La Clínica de la UNAM coordina el "Programa de Prevención de Adicciones en la Facultad de Medicina", cuyo objetivo es que los egresados de esta casa de estudios no fumen, estén libres de otras adicciones y tengan estilos de vida saludables que les permitan realmente ser un ejemplo para la población que atenderán en el futuro.

Lograr el posicionamiento de la clínica dentro de la unidad hospitalaria. En el Hospital General *Dr. Manuel Gea González*, se ha creado un comité de salud en el cual participan representantes de la clínica conjuntamente con las áreas de trabajo social, epidemiología, medicina preventiva, entre otras y en cual se tratan asuntos relacionados con la clínica y se desarrollan aspectos de prevención contra el tabaquismo en el hospital.

D.5 Mejor práctica: Promoción de la salud

Realizar funciones relacionadas con la promoción de la salud, sin importar su ubicación en segundo y tercer niveles de atención a la salud. Una mejor práctica implica, entre otras actividades:

1. Mantener en un lugar visible dentro de la clínica, un cartel que precise los derechos generales de los pacientes y los derechos al ingresar a un establecimiento para el tratamiento de las adicciones.
2. Hacer o conseguir carteles y otros impresos para colocarlos dentro y fuera de la clínica, con temas relacionados con la prevención y tratamiento del tabaquismo.
3. Promover entre los hijos pequeños de los pacientes y de los trabajadores, la elaboración de periódicos murales y concursos, relacionados con el combate al tabaquismo y el Día Mundial sin Tabaco (celebrado anualmente el 31 de mayo), entre otros.
4. Realizar inserciones en periódicos y revistas locales, etc.
5. Disponer de recursos para la elaboración, producción o en su defecto, fotocopiado de materiales de difusión.

Las integrantes de la Clínica del Hospital General de México realizan pláticas informativas en las secundarias de la Delegación Cuauhtémoc, cursos para las unidades de salud del gobierno del Distrito Federal, en el Sistema de Transporte Colectivo (METRO) y en diferentes organismos de la Secretarías de Salud y de la Reforma Agraria. Además imparten el tema de tabaquismo en la materia de neumología a los alumnos de diversas universidades públicas y privadas.

Porque la formación de recursos humanos es la estrategia más eficaz y de menor costo, la clínica de la UNAM ha promovido recientemente la inclusión en la curricula, de una materia relativa a la prevención y tratamiento del tabaquismo. Para incentivar su selección por parte del estudiantado, dicha materia cuenta con número mayor de créditos comparada con otras. Su finalidad es propiciar la formación de médicos que integren el combate al tabaquismo en su práctica cotidiana.

Propiciar el acercamiento de las clínicas, de manera coordinada con las autoridades estatales de salud, a centros de educación superior con facultades relacionadas con el ámbito de la salud (Medicina, Psicología, Trabajo Social, Odontología, entre otras), tanto para hacer promoción de los servicios de la clínica, como para suscribir convenios que permitan la inclusión de materias como la mencionada en los planes de estudio.

D.6 Mejor práctica: Participación comunitaria

Colaborar en actividades de participación comunitaria, como una vertiente específica de la promoción de la salud. En este sentido, las clínicas deben aprovechar su entorno y las poblaciones a las que tienen acceso.

Por la gran cantidad de centros escolares y población estudiantil, la clínica del Instituto Politécnico Nacional estimula la participación de los alumnos no fumadores en la promoción de la cesación del tabaquismo y de sus servicios entre el alumnado y profesorado que consume tabaco.

La Clínica de la UNAM fomenta programas de sensibilización a profesores y estudiantes y los estimula integrándolos a proyectos de investigación sobre tabaquismo.

D.7 Mejor práctica: Capacitación continua

Considerar a la capacitación como una función que debe realizarse de manera permanente.

Establecer relaciones con las clínicas de otras instituciones en una misma entidad federativa, a efecto de propiciar el intercambio de conocimientos y de experiencias. Las integrantes de la clínica del Hospital General de México han manifestado la necesidad de impulsar la creación de un diplomado específico de abordaje terapéutico en tabaquismo, con validez universitaria y de formación de especialistas en lograr la cesación de las adicciones.

En esta misma Clínica se promueven prácticas profesionales y de servicio social para alumnos de Psicología, Enfermería y Trabajo Social.



D.8 Mejor práctica: Investigación aplicada

Aprovechar la localización de las clínicas dentro de unidades hospitalarias para promover la elaboración de protocolos de investigación relacionados con el control del tabaquismo.

A manera de ejemplo, en el Hospital General de México se efectúa una investigación a tres años, en pacientes diabéticos y cardiopatas, fumadores de más de 15 cigarros para analizar el efecto de diversos medicamentos. Además, se impulsa la elaboración de tesis sobre tabaquismo y asertividad, y otros protocolos de investigación tales como: estudio multicéntrico, doble ciego para evaluar la dosis de tratamiento en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y patrones de sueño en fumadores.

Por su ubicación dentro de la UNAM, la Clínica de la Facultad de Medicina promueve la realización de pasantías en la misma, así como la elaboración de tesis de los egresados de la propia Facultad, pero también de las de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales (en el área de Ciencias de la Comunicación), entre otras.

D.9 Mejor práctica. Financiamiento de los servicios de la clínica

Las clínicas en donde se efectuó el análisis, pertenecen a instituciones públicas de salud y por lo tanto no tienen como finalidad principal la generación de utilidades.

En todas ellas se realiza un estudio socioeconómico a los pacientes que ingresan al tratamiento, con la intención de establecer cuotas diferenciadas por nivel de ingreso.

Esto fortalece no solamente el principio de redistribución sino también el de equidad, al disminuir una barrera económica para el acervo y posibilitar que los pacientes, con independencia de su capacidad financiera, reciban el mismo tratamiento con igual efectividad y calidad.

Por otro lado, la mayoría de las clínicas no incluye el costo de los medicamentos en el paquete de servicios que ofrecen a los fumadores y fumadoras.

En general, se observó que las clínicas carecen de recursos suficientes que les permitan aumentar su capacidad para atender mayor número de pacientes sin disminuir la efectividad del tratamiento.

Algunas carecen de personal, espacios, infraestructura y materiales suficientes para brindar un mejor servicio. Esto requiere plantear estrategias al interior de las unidades hospitalarias, que les permitan obtener recursos para subsanar deficiencias.

A manera de ejemplo, los recursos que genera la Clínica de la UNAM por brindar tratamiento a pacientes, así como por los cursos que imparte en materia de prevención y tratamiento del tabaquismo a otras instituciones, retornan a la misma, previa deducción de un porcentaje menor para la máxima casa de estudios. Dichos recursos son aprovechados cabalmente por la Clínica para difusión y pago de honorarios de personal.

Diseñar estrategias que permitan la búsqueda de apoyo externo para las clínicas en la forma de donativos de empresas o laboratorios a efecto de obtener reactivos, espirómetros, medicamentos, etc., como complemento a posibles recursos provenientes de la propia unidad hospitalaria

-
1. Código de Bioética para el Personal de Salud. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. México, mayo de 2002, p.6.
 2. Ibid. pp. 10-11.
 3. United States Department of Health and Human Service. Agency for Health Care Policy and Research. Publication No. 99-R027. (modificado).
 4. Tercer Curso Internacional sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. México, 14 y 15 de noviembre de 2002.
 5. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
 6. Clínica contra el Tabaquismo, Hospital General de México, mimeo, 2002, p.7.
 7. West, R. Getting serious about stopping smoking - a review of products, services and techniques, U.K. 1997.
 8. Clínica contra el Tabaquismo, Hospital General de México, mimeo, 2002, p.9.
 9. Presupuestos susceptibles al Género: conceptos y elementos básicos. Secretaría de Salud, México, 2002, p.22.
 10. Ibid. p.22.
 11. Programa contra el Tabaquismo, op.cit. p.27.

Consideraciones finales

Aplicado a los sistemas de salud, el análisis comparativo de mejores prácticas (ACMP) es una herramienta gerencial enfocada al desarrollo organizacional, cuya finalidad es incrementar la calidad y la efectividad en los servicios, con los recursos disponibles al momento. En el contexto de las unidades de salud que ofrecen servicios de tratamiento y rehabilitación de fumadores y fumadoras, el ACMP posibilita que las clínicas puedan consultar las prácticas exitosas que a la fecha han quedado documentadas en este trabajo.

El ACMP contribuye a sistematizar estas prácticas, ubicándolas en los tres procesos críticos que quedaron estandarizados. La estandarización de éstos y de los flujos de procedimientos, posibilitan que las clínicas puedan controlar de manera más eficaz, las variables que intervienen en los mismos. Se responde así a los tres retos fundamentales establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006: la calidad, la equidad y la protección financiera. En las clínicas contra tabaquismo en México, el ACMP constituye un primer paso para coadyuvar al cambio de su cultura organizacional, de conformidad con lo establecido en el Programa de acción contra el Tabaquismo y en el Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Se pretende que las clínicas adquieran elementos para impulsar su desarrollo como organizaciones de salud y arraigar a la calidad como valor superior dentro de su cultura organizacional. Al estandarizar los procesos y sistematizar las mejores prácticas en las clínicas de todo el país, sin importar su adscripción institucional, el ACMP contribuye a la equidad en la atención de salud, pues facilita el acceso de los fumadores a servicios con una calidad homogénea, en cualquier entidad de la República Mexicana.

Al aumentar el índice de efectividad y lograr que más pacientes se abstengan de consumir tabaco, se genera un doble beneficio en materia de protección financiera. Primero, el beneficio económico para el paciente que implica derivar el gasto que usualmente destina a la compra de tabaco, a otros productos y servicios como alimentos y actividades de esparcimiento, lo que a su vez fomenta el estado de bienestar físico, mental y social del individuo y su familia. Segundo, el beneficio económico para el sistema de salud, al contribuir a la disminución de la carga financiera que implica el tratamiento de las enfermedades vinculadas al consumo crónico de tabaco, el cual se estima en 29 mil millones de pesos cada año.

El ACMP pretende consolidar el liderazgo de las clínicas en la lucha contra el tabaquismo, así como el trabajo en equipo, la creatividad y la incorporación de medidas innovadoras al interior de las mismas. No debe interpretarse como un esquema rígido de copiado de prácticas organizacionales. Es un modelo de aprendizaje para conocer, adaptar y adoptar prácticas exitosas a determinada organización, cuyas características internas y entorno, son específicos para cada una.

En este sentido, no todas las prácticas pudiesen ser aplicables en el corto plazo en las clínicas de todo el país: las circunstancias, poblaciones que atienden y recursos disponibles son diferentes y en consecuencia su implantación debe ser gradual, pero siempre con la mira de hacerlo de manera sostenida. Ello implica sin lugar a duda, la necesidad de que los directivos de las unidades de salud donde se encuentren ubicadas las clínicas, brinden suficiente apoyo, tiempo y recursos, en forma permanente.

Se tiene la certeza de que la capacitación continua de estos equipos de salud, junto con la implementación de mecanismos de desarrollo organizacional y la dotación de recursos humanos, materiales y financieros, son factores que propiciarán la efectividad del tratamiento que brindan las clínicas.

Aspecto fundamental del trabajo es el hecho de que reconoce las distintas modalidades de tratamiento utilizadas en estas unidades de salud, modalidades que en términos generales, se fundamentan en la utilización de terapias psicológicas para disociar hábitos y conductas en el fumador, y el reforzamiento continuo de la motivación, con tratamientos farmacológicos casuísticos para la eliminación gradual de la dependencia física a la nicotina.

El trabajo, reafirma además el respeto a la libertad clínica del equipo de salud para definir el esquema de tratamiento que más beneficie al paciente. Las actividades futuras que se desprenden de este esfuerzo son: por parte de las clínicas contra tabaquismo, el aprovechamiento de la información contenida en este trabajo, la difusión interna de las mejores prácticas, la determinación de las "brechas" existentes y el desarrollo de planes, estrategias y metas para implantar las prácticas, con la finalidad de estimular el cambio y desarrollo organizacionales así como mejorar paulatinamente la calidad en el servicio y la efectividad en el tratamiento. Por parte del Consejo Nacional contra las Adicciones, utilizar su página web y su Sistema Virtual de Información, de reciente creación, para propiciar el intercambio permanente de experiencias y conocimientos, así como la detección de otras prácticas exitosas en las clínicas contra tabaquismo de todo el país.

Dr. Agustín Vélez Barajas
Director General Técnico en Adicciones y Salud Mental



Bibliografía

1. Belsasso Guido, Estañol Bruno, Juárez Humberto, Nuevas Estrategias en el Tratamiento Farmacológico del Tabaquismo, Consejo Nacional contra las Adicciones, México, 2001.
2. Bengt, Karlof, Manual de Trabajo de Benchmarking, Panorama, México, 1988, 122 pp.
3. Cabrero Mendoza, Enrique, Del Administrador al Gerente Público, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 1997, 155 p.p.
4. Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud, Qualimed, Centro Latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios, México, s/f.
5. Camp, Robert C. Benchmarking. La búsqueda de las mejores prácticas de la industria que conducen a un desempeño excelente, Panorama, 2001, 336 p.p.
6. Código de Bioética para el Personal de Salud, Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. México, mayo de 2002, 16 p.
7. De Faria Mello, Achilles. Desarrollo Organizacional. Enfoque Integral, Limusa, México, 2002, 182 p.p.
8. Devita, E., Berek, P., Cancer Principles. Practice of Oncology. 6th ed, Philadelphia, USA, 2001.
9. Diccionario de Ciencias Médicas Ilustrado, Stedman; Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1990, Tomo I.
10. Diccionario de Medicina, Mosby, España, Editorial Océano.
11. El consumo de tabaco en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). Secretaría de Salud, 2000.
12. DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales, Masson 1997.
13. Health Care Criteria for Performance Excellence. United States of America, Baldrige National Quality Program. 2002.
14. Ley General de Salud, Título Undécimo, Capítulo III, México, Porrúa, 2003.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-1993 que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
17. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
20. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
22. El Fenómeno de las Adicciones en México. Observatorio Epidemiológico en Drogas, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, México, 2001, 80 p.p.
23. Prabhat, J, Chaloupka, F, Tobacco Control in Developing Countries, Summary, World Health Organization.
24. Presupuestos Sensibles al Género: Conceptos y Elementos Básicos. México, Secretaría de Salud, México, 2002, 63 p.p.
25. Programa de Acción: Tabaquismo, Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México, 2001, 114 p.p.
26. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud, México, 2002, 108 p.p.
27. Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud, México, 2001, 205 pp.
28. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, México, 2003.
29. Reglamento sobre Consumo de Tabaco, Secretaría de Salud, México, DOF, 27 julio de 2002.
30. Rubio Monteverde, H, Oviedo Gómez, Ma. Teresa, Sansores Martínez R, Vélez Barajas, A., Castrejón Vacio, J.M, Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México, México, 2001.
31. Sansores, Raúl H. Espinosa Ana M. Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para Dejar de Fumar, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1998, 81 p.p.

PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE TRABAJO

Centros de Integración Juvenil, A.C.

Dr. Jaime Quintanilla Bendek

Clínica de Rehabilitación Terapéutica para Adicciones (CRETA)

Dra. Ma. Gloria Pujol Luna

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez

Hospital General de México

Dra. Ernestina Ramírez Casanova
Psic. Eva González Rodríguez
Psic. Angélica Ocampo Ocampo

Hospital General. Dr Manuel Gea González

Dr. Miguel Ángel Hernández Venegas

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Psic. Ma. Elena López Álvarez

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Dr. Alejandro Córdoba Castañeda
Dr. Jesús Maya M.

Instituto Nacional de Cancerología

Psic. Ana María Gutiérrez Chimal
Dra. Elma Correa Acevedo

Instituto Nacional de Cardiología

Dr. Raúl Chávez Domínguez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Dr. Raúl Sansores Martínez
Dra. Ana Marlene Espinosa

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Psic. Yaneth Rodríguez Agudelo

Instituto Politécnico Nacional

Dra. Rosalía Rodríguez Cuevas
Lic. María de Jesús Santander Correa

DIRECTORIO DE CLÍNICAS CONTRA TABAQUISMO

PARTICIPANTES EN EL ACMP

Centros de Integración Juvenil, A.C.

COORDINADORES: Dr. Jaime Quintanilla Bendek y Psic. Monserrat Lovaco
Aguascalientes, No. 201 - 7º. Piso
Colonia Hipódromo Condesa,
Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06100, D.F.
Tels. 59 99 49 23/59 99 49 26
Correos- e: dirtrat@cij.gob.mx ; monseuri@hotmail.com.mx

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

COORDINADORA: Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez
Edificio de Investigación, 5º. Piso, Laboratorio 2
Circuito Interior de Ciudad Universitaria
Delegación Coyoacán, C.P. 04510, D.F.
Tels. 56 23 21 08 /02 /32
<http://www.facmed.unam.mx>
Correo-e: sinfumar@mexico.com

Hospital General de México

COORDINADORA: Dra. Ernestina Ramírez Casanova
Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores,
Delegación Cuauhtémoc C.P. 06720
Tels. 55 88 01 00 ext. 1375 /84 /77
Correo-e: ernestina_r84@hotmail.com

Hospital General Dr Manuel Gea González

COORDINADOR: Dr. Miguel Ángel Hernández Venegas
Calz. de Tlalpan No. 4800
Col. Toriello Guerra
Delegación Tlalpan, C.P. 14000, D.F.
Tels. 56 65 35 11 ext. 209
55284228 (fax)

Instituto Nacional de Cancerología

COORDINADORAS: Psic. Ana Ma. Gutiérrez Chimal y Dra. Elma Correa Acevedo
Avenida San Fernando 22,
Delegación Tlalpan, C.P. 14000, D.F.
Tels. 65 28 04 95, 56 28 04 00 ext. 388.
Correo-e: clinitabincan@yahoo.com

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

COORDINADOR: Dr. Raúl Sansores Martínez
Calzada de Tlalpan No. 4602
Col. Sección XVI
Delegación Tlalpan C.P. 14080, D.F.
Tel. 56 65 49 58
Correo-e: rhsansores@aol.com

Instituto Politécnico Nacional

COORDINADORA: Dra. Rosalía Rodríguez Cuevas
Calle Wilfrido Massieu s/n
Unidad Profesional Adolfo López Mateos, Zacatenco
Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07320, D.F.
Tels. 55 64 29 38, 52 64 84 19
Correo-e: rosaliampf@hotmail.com



Glosario

Abstinencia

Síntomas y signos que aparecen por la supresión de la sustancia, mismos que se alivian por el uso de la misma.

Es frecuente que la sustancia se consuma en cantidades mayores o por períodos más prolongados. En todas se presenta el deseo constante o el esfuerzo infructuoso para reducir o controlar su uso.¹

Abstinencia o supresión, síndrome de

Grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable, que aparece durante la suspensión brusca, total o parcial, del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente o del consumo de altas dosis de la misma.²

Las características esenciales de la dependencia a la nicotina consisten en una serie de síntomas cognoscitivo-conductuales y fisiológicos que indican el consumo de cigarrillos con nicotina por parte de un individuo. Existe un patrón de auto-administración repetida que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y al deseo irrefrenable por fumar y administrarse nicotina. La "necesidad irresistible" de consumir cigarrillos es el común denominador entre quienes sufren esta adicción. Las personas pueden dejar de asistir a lugares donde se realizan actividades familiares, sociales, laborales y recreativas si en ellos se prohíbe fumar.

El consumo persistente de la sustancia, a pesar de conocerse el daño que acarrea, constituye un problema de salud importante (ej. un sujeto que sigue fumando a pesar de padecer una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, como bronquitis crónica enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

El paciente debe aprender a reconocer los síntomas y a poner en práctica las estrategias que se le han enseñado para enfrentarlo.

Muchos sujetos usan nicotina para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando despiertan por la mañana o se encuentran en sitios donde su consumo está prohibido (ej. en el trabajo, en el avión, teatro, cine, etc.). Por lo anterior, es indispensable a conocer los síntomas adversos que, pudieran presentarse ante la suspensión abrupta de la sustancia.³

Adherencia terapéutica

Capacidad del paciente para seguir las instrucciones del médico. En este proceso dinámico se incluye el compromiso del individuo consigo mismo y con el mantenimiento de su terapia.

Adicción o dependencia

Así se denomina al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva. Se identifica cuando aparecen tres o más de los criterios descritos a continuación, en un período de 12 meses:

- Tolerancia, o la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la o las sustancias para alcanzar la intoxicación.
- Abstinencia, que es el cambio de comportamiento desadaptativo, cuyos concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, tienen lugar cuando la concentración de una sustancia en la sangre o los tejidos disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado y en grandes cantidades.

- Patrón de uso compulsivo de una sustancia: que se da cuando el sujeto se administra la sustancia en cantidades mayores o durante un tiempo más prolongado de lo que pretendía.
- Intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
- Dedicar la mayor parte del tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.
- Abandono o reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.
- Consumo de sustancias pese a reconocer sus implicaciones fisiológicas o psicológicas.⁵

Adicto o farmacodependiente

Es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.⁶

Análisis comparativo de mejores prácticas (ACMP) o benchmarking

Es un modelo gerencial utilizado con frecuencia en el sector privado para aumentar la eficiencia de la organización y su calidad, con la finalidad de servir mejor a sus clientes.

Proviene del término anglosajón *benchmark* que significa estándar o punto de referencia. Se utiliza para comparar y medir objetivos, actividades, procedimientos o servicios.

El *benchmarking* es un método para mejorar el desempeño y las operaciones empresariales. Consiste en el análisis de otras empresas para aprender de ellas por medio de una comparación. El desempeño y el comportamiento no son estáticos, cambian con el tiempo. Por consiguiente el *benchmarking* es un proceso a largo plazo, que integra a toda la organización en la búsqueda de las mejores prácticas existentes fuera de la compañía: esta búsqueda implica no sólo **qué** se hace, sino **cómo** se hace."⁷

Atención médica

Es el conjunto de servicios que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.⁸

Cambio organizacional

Paso deliberado de un estado de comportamientos, procedimientos o de ambos, a otro superior para alcanzar logros organizacionales relacionados con la calidad, la productividad y la eficiencia.

Cesación

Es el conjunto de estrategias orientadas a lograr la abstinencia en el consumo de tabaco.

Clínica

Se refiere a la Institución, edificio o parte de éste donde se atienden pacientes ambulatorios y se imparte instrucción médica a estudiantes por medio de demostraciones en presencia de enfermos.⁹

Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar, clínica contra tabaquismo

Unidad de salud, con personal capacitado y especializado en la prevención, y de manera fundamental en el tratamiento y la rehabilitación del problema del tabaquismo.¹⁰

Consentimiento informado

Acuerdo por escrito mediante el cual la o el usuario del servicio, su familiar más cercano en vínculo o, en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación o tratamiento, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna.¹¹

Documento, firmado por el paciente o su representante legal, mediante el cual aceptan los riesgos y beneficios esperados de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.

"Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente".¹²

Consultorio

Se nombra al establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a una clínica, sanatorio o servicio hospitalario cuyo fin es prestar atención a la salud de los usuarios ambulatorios.¹³

Consultorio de atención médica especializada

Establecimiento público, social o privado que tiene como fin prestar atención médica especializada a través de personal médico, con autorización de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y otorgada por organismos competentes de certificación de especialidades.¹⁴

Control

Se denomina a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.¹⁵

Dependencia física

Es la necesidad compulsiva por fumar de un individuo cuando sus niveles de nicotina se encuentran bajos en sangre. Resulta de un proceso de adaptación biológica (tolerancia). Es decir, para que un sujeto vuelva a experimentar las mismas sensaciones que obtuvo con la inhalación ("un toque") de un cigarro, deberá duplicarla para volver a experimentar tales sensaciones. Este efecto de "recompensa" puede ser un incremento de la energía, relajación o placer. Se requiere por lo tanto, de la administración continua de nicotina para evitar desagradables sensaciones fisiológicas.

Dependencia psicológica

La dependencia psicológica, resulta de un proceso complejo de condicionamiento fisiológico-cognitivo-emotivo-conductual, en el que los fumadores perciben al cigarro como algo deseable y a la conducta del fumar como placentera. Desde esta perspectiva la adicción es una conexión aprendida o condicionada entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador.

Cada vez que un individuo fuma, estimula cuando menos dos centros en el Sistema Nervioso Central. Uno es el núcleo Accumbens en el sistema mesolímbico dopaminérgico y otro, el núcleo Ceruleus. La estimulación del primero tiene como consecuencia la liberación de

dopamina, por lo que es en principio el responsable de las sensaciones de placer que experimenta el individuo. Además, el estímulo del núcleo Ceruleus propicia la liberación de mediadores noradrenérgicos, que son responsables de una mayor actividad física. Nosotros denominamos a este efecto como de alerta o de producción intelectual.

Al mismo tiempo de percibir sensaciones placenteras, el individuo experimenta la sensación de ser productivo en el trabajo. Cada vez que fuma (es decir, cada vez que inhala su cigarro), libera dopamina, y por ello almacena una sensación vivencial asociada con el placer derivado de la estimulación del centro dopaminérgico. Por ello hay que considerar el esfuerzo del sujeto fumador, de acuerdo al número de cigarros que consume por día, el promedio de inhalaciones que lleva a cabo y la cantidad de experiencias vivenciales que representa.

Cuando el individuo está intentando dejar de fumar, aunque usando una terapia de reemplazo de nicotina, va a enfrentar a circunstancias que despertarán su deseo por fumar. Esta es la base de la dependencia psicológica y el médico debe poseer una serie de habilidades para enseñar a su paciente a enfrentarse a ellas.

Según la terapia cognitivo-conductual, la dependencia psicológica es la necesidad compulsiva por fumar, aun cuando se midan altos niveles de nicotina en sangre. Ocurre debido a la asociación de un evento o una emoción a la conducta de fumar.

Por lo tanto cada vez que un individuo que está intentando dejar de fumar, realiza una actividad cotidiana como tomar café, escuchar música, ver televisión o leer, es muy probable que desee dejar de fumar para completar el placer que aprendió a sentir cuando fumaba. A un individuo que nunca ha sido fumador, ninguna de estas circunstancias le provoca deseo por fumar.

Desarrollo de habilidades para prevenir situaciones de riesgo de fumar:

- Aprender a anticiparse y evitar situaciones de riesgo
- Aprender estrategias cognitivas que reduzcan los estados de ánimo negativos
- Desarrollar cambios de estilo de vida que bajen el estrés, mejoren la calidad de vida o produzcan placer
- Iniciar actividades cognitivas y conductuales que distraigan la atención y mantengan al paciente sin ganas de fumar¹⁷

Desarrollo organizacional

Es un proceso dinámico, dialéctico y continuo, dirigido a lograr cambios planeados a partir de diagnósticos realistas. Utiliza estrategias, métodos e instrumentos que hagan óptima la interacción entre personas y grupos para constante perfeccionamiento y su renovación, de manera tal que se asegure la eficacia y la salud de la organización.¹⁸

Es una respuesta al cambio, una compleja estrategia educacional cuyo fin es cambiar creencias, actitudes, valores y estructura de las organizaciones, de modo que éstas puedan adaptarse mejor al uso de las nuevas tecnologías, además de afrontar nuevos desafíos y asumir los propios cambios.

Detección temprana

Es una estrategia terapéutica, que combina la identificación de los riesgos o los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas, y el tratamiento oportuno de los mismos.¹⁹



Educación para la salud

Se identifica al proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.²⁰

Efectividad en el tratamiento

Variable de origen multifactorial que califica el éxito absoluto del tratamiento para que los pacientes fumadores o fumadoras abandonen en forma definitiva el consumo de tabaco.

Establecimiento

Es todo aquel lugar, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, fijo o móvil, en el que se presten servicios de prevención, tratamiento y control a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.²¹

Expediente clínico

Se denomina al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.²²

Factor de riesgo

Indica el atributo o exposición de una persona o población expuesta a una probabilidad mayor de uso y abuso de sustancias psicoactivas.²³

Factores protectores

Son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.²⁴

Fármaco (principio activo)

Toda sustancia natural o sintética con alguna actividad farmacológica que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presente en forma farmacéutica y reúna condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento.²⁵

Farmacodependencia o drogadicción

Se refiere a la dependencia o adicción a una o más sustancias psicoactivas. Ver dependencia.²⁶

Grupo de alto riesgo

El que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que por sus características biopsicosociales, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, por ejemplo: niños y adolescentes de y en la calle.²⁷

Infraestructura

Es conjunto de áreas, locales y materiales interrelacionados con los servicios e instalaciones de cualquier índole, indispensables para la prestación de la Atención Médica.²⁸

Mejor práctica o práctica exitosa

Forma de trabajo en equipo, que en el marco de un proceso conduce al logro de la efectividad y a la calidad en el servicio.

Paciente

Beneficiario directo de la atención médica.²⁹

Personal de salud

Se integra por profesionales, técnicos y auxiliares de la salud autorizados para prestar servicios en una unidad de Atención Médica.³⁰

Postratamiento

Proceso que cuyas finalidades son apoyar al paciente a mantenerse en abstinencia y a detectar de manera oportuna las recaídas para reincorporarlo, en su caso, a un nuevo proceso de tratamiento.

Pretratamiento

Proceso encaminado a informar y orientar al paciente acerca de las características del tratamiento contra el tabaquismo y a la determinación de su situación médica y psicológica a efecto de permitirle ingresar a éste en las condiciones idóneas.

Prevalencia

Se nombra así al coeficiente que mide el número de personas enfermas o que presentan cierto trastorno en determinado momento (prevalencia puntual), o durante un periodo predeterminado (prevalencia en un periodo), independientemente de la fecha en que comenzaron la enfermedad o el trastorno, y como denominador, número de personas de la población en la cual tiene lugar.³¹

Prevención

Es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.³²

Proceso

Conjunto interrelacionado de recursos y actividades que transforman elementos de entrada (insumos) en elementos de salida (productos).

Promoción de la salud

La conforman acciones que se realizan con el objeto de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo actitudes, valores y conductas que motiven su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Recaída

Estado vulnerable del sujeto que se ha forjado un plan para disminuir y controlar su consumo, abuso o adicción a la nicotina, ante algunos mecanismos y circunstancias que propician el deseo de volver al consumo

Existen factores emocionales, familiares, laborales y sociales que favorecen dicho reinicio de consumo; así como el motivo de su inicio al

consumo e incremento. A continuación se señalan algunos mecanismos de enfrentamiento y de defensa que apoyan al consumidor.

Sólo un porcentaje muy pequeño (2 ó 3%) de todas las personas que intentan dejar de fumar se mantienen en abstinencia durante un año. Por lo tanto es indispensable dar seguimiento cercano a todos los pacientes que están intentando dejar de fumar, con la intención de todas las personas que de una u otra forma son parte del equipo de salud y de quienes están en contacto con ellos.

Una cantidad importante de pacientes expresa preocupación por subir de peso, inclusive antes de que ello ocurra. En otros, el incremento de peso puede actuar como causa de recaída. Es importante por ello prever este aspecto y anticipar a la preocupación de los pacientes.

Rehabilitación

Es el proceso por el cual un individuo que ha padecido un trastorno por el uso de sustancias psicoactivas, recupera un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.³³

Referencia-contrarreferencia

Se denomina al procedimiento médico administrativo que se realiza entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindarles atención médica oportuna, integral y de calidad.

Riesgo

La probabilidad de que ocurra una enfermedad, un accidente o un evento dañino.

Síndrome de dependencia

Así se identifica al conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico, que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias psicoactivas.³⁶

Tabaco

Planta "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilizan para fumar, masticar o aspirar, cuya sustancia activa es la nicotina.³⁷

Tabaquismo

Dependencia o adicción al tabaco³⁸. Adicción considerada como la primera causa prevenible que ocasiona enfermedad, invalidez y muerte prematura. Hay quienes clasifican dicha dependencia o adicción como:

- a) TABAQUISMO PSICOSOCIAL Que se presenta en fumadores que suponen adquirir estereotipos tales como status social, personalidad seductora, "masculinidad" o "feminidad" exacerbada.
- b) TABAQUISMO ESTIMULANTE Se observa en las personas que fuman para evitar la fatiga y/o el aburrimiento o porque obtienen una sensación de mayor energía. Este efecto se aplica por la presencia de la nicotina en sangre a niveles bajos. Al fumar es con bocanadas cortas y espaciadas se obtiene el efecto estimulante.

- c) TABAQUISMO POR MANIPULACIÓN Es el goce de numerosas sensaciones estimuladas por medio de manipulaciones orales, manuales y olfativas. La sensación del cigarrillo en la mano y en la boca, el acto de encenderlo, la forma cómo se toma, el percatarse de este acto, el olor, el sabor y el sonido de la envoltura. Todo lo anterior, contribuye a la construcción de un ritual elaborado y placentero.
- d) TABAQUISMO POR DISTRACCIÓN Es la más común de las maneras en que se usa el tabaco y generalmente las personas, no fuman mucho. Lo hacen cuando toman café, té o alcohol así como en determinadas situaciones sociales. Fuera de éstas no sienten necesidad de hacerlo.
- e) TABAQUISMO PARA REDUCIR LA TENSION En este caso se consume tabaco para reducir sentimientos desagradables como tensión, ansiedad, coraje, vergüenza. El efecto alcanzado aquí es farmacológico, a niveles altos de nicotina en sangre. El cigarro actúa como tranquilizante y la forma en que lo fuman es a bocanadas profundas.
- f) TABAQUISMO POR NECESIDAD O URGENCIA El fumador experimenta síntomas de supresión, si deja de fumar durante 20 minutos o más. Generalmente fuma para evitar el estado desagradable que provoca el síndrome de abstinencia. Los síntomas típicos son: irritabilidad, depresión, sudoración, falta de concentración, aumento del apetito, etc. En realidad, esta es la descripción de un fumador que sufre ya una adicción grave.
- g) TABAQUISMO AUTOMÁTICO Se fuma ya sin percatarse cómo se hace, ni cuántos cigarros se consumen al día. Con frecuencia los usuarios se sorprenden ellos mismos cuando se percatan que ya están encendiendo un segundo cigarrillo, sin haber terminado el primero. El fumar se vuelve automático.

Terapia de Sustitución de Nicotina (TSN) o de Reemplazo de Nicotina (TRN)

Pretende que el fumador desarrolle habilidades para dejar de fumar. La terapia busca reemplazar conductas inadecuadas por otras adaptativas. Es el tratamiento de gran aceptación para curar el tabaquismo, consiste en la aportación de nicotina en diversas formas a través de goma masticable o de parches. Este tipo de tratamiento de la adicción tabáquica es reconocido y se acepta en forma creciente.

Los programas de reducción inducen al paciente a dejar el hábito tabáquico. La aportación de nicotina mediante estas vías permite evitar la abstinencia y la avidez durante esta fase del tratamiento.⁴⁰

Tanto los parches como los chicles de nicotina son efectivos. Los primeros, según los expertos, son preferibles para el uso clínico rutinario porque ofrece ventajas relacionadas con la facilidad y la adherencia de su uso cualidades que no tienen los chicles.

Algunas de las precauciones que se deben tomar en cuenta para el uso de TSN, son:

- a. **Ante el embarazo:** Siempre que una mujer fumadora se embaraza, se recomienda que deje de fumar sin el apoyo de algún medicamento o intervención que implique daño potencial al bebé; pero ante la dificultad para abstenerse, es preferible usar parches o chicles.



- b. **Enfermedades cardiovasculares:** Es preferible usar TRN que fumar, pero debe tomarse mayor cuidado con quienes han padecido un infarto en las últimas cuatro semanas quienes sufren arritmias graves o aquellos a quienes se ha diagnosticado angina de pecho inestable. En ellos es particularmente delicada la prescripción de TNR, pero sin duda que es peor fumar.

Tratamiento

Se refiere al conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto de quién usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.⁴¹

El tratamiento del tabaquismo implica la intervención de un equipo integral de profesionales de la salud, de manera fundamental médicos y psicólogos, los cuales brindan una combinación de modalidades de terapia psicológica junto con tratamiento médico, en unidades de salud específicas, conocidas como clínicas contra el tabaquismo.

Usuario

Es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas.⁴²

Referencias

1. Sansores, Raúl H.; Ramírez V., Alejandra, Espinosa Ana Marlene, Curso Abierto y a Distancia sobre Tabaquismo, Fascículo 1, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 2000.
2. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
3. Sansores, Raúl H. Espinosa Ana Marlene, Manual del Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para Dejar de Fumar, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1998, p. 28.
4. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
5. DSM-IV, Manual Estadístico de los Trastornos Mentales, Ed. Masson 1997.
6. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
7. Bengt Karlof, Manual de Trabajo de Benchmarking, Panorama, México, 1998, p. 15.
8. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
9. Diccionario de Ciencias Médicas Ilustrado, Stedman, Editorial Médica Panamericana, Tomo I, 25. ed. Buenos Aires, Argentina, 1990.
10. Sansores, Raúl H., Espinosa Ana Marlene, Manual del Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para Dejar de Fumar; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1998.
11. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico
13. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios,
14. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.
16. Sansores Raúl H. Espinosa Ana Marlene, Manual del Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para Dejar de Fumar, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1998. p. 26.
17. Sansores Raúl H. Ramírez V., Alejandra, Espinosa Ana Marlene: Curso Abierto y a Distancia sobre Tabaquismo, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México, 2000. Fascículo 1.
18. De Faria Mello Achilles, Desarrollo Organizacional, Enfoque Integral, Limusa: México, 2002, P. 31.
19. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
20. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
21. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
22. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
23. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
24. Programa de Acción: Tabaquismo. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, México, 2001.
25. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-1993 que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
26. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
27. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
28. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
29. Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
30. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
31. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica
32. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
33. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
34. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico
35. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica
36. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
37. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
38. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
39. Sansores. Raúl H, Espinosa Ana Marlene, Manual del Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para Dejar de Fumar, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1998.
40. Belsasso Guido, Estañol Bruno, Juárez Jiménez Humberto, Nuevas Estrategias en el Tratamiento Farmacológico del Tabaquismo; Consejo Nacional contra las Adicciones, México, 2001.
41. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
42. Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

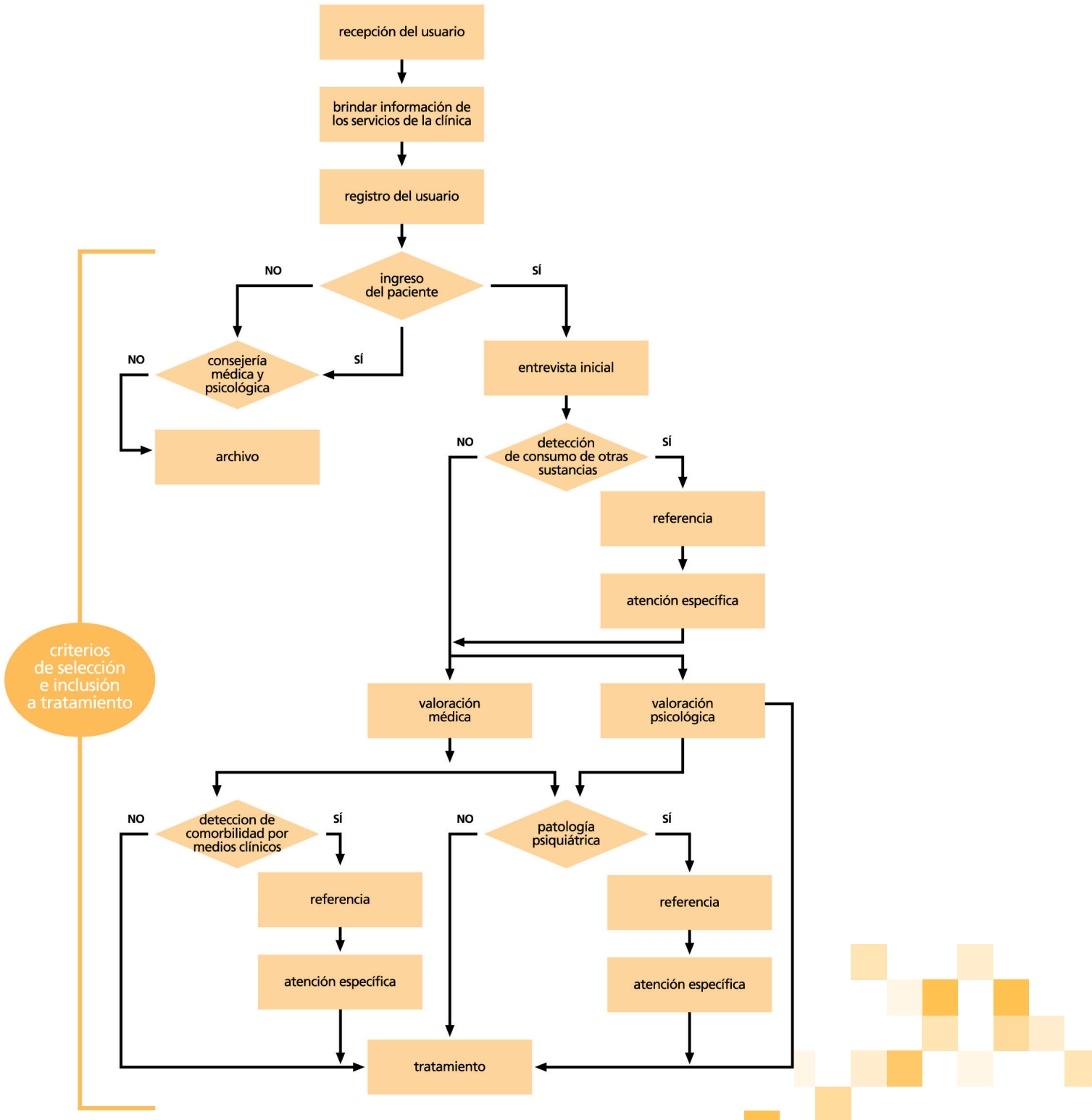


bench marketing

anexos

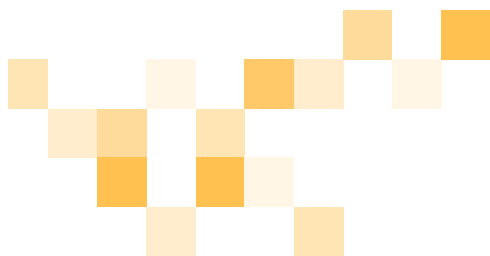
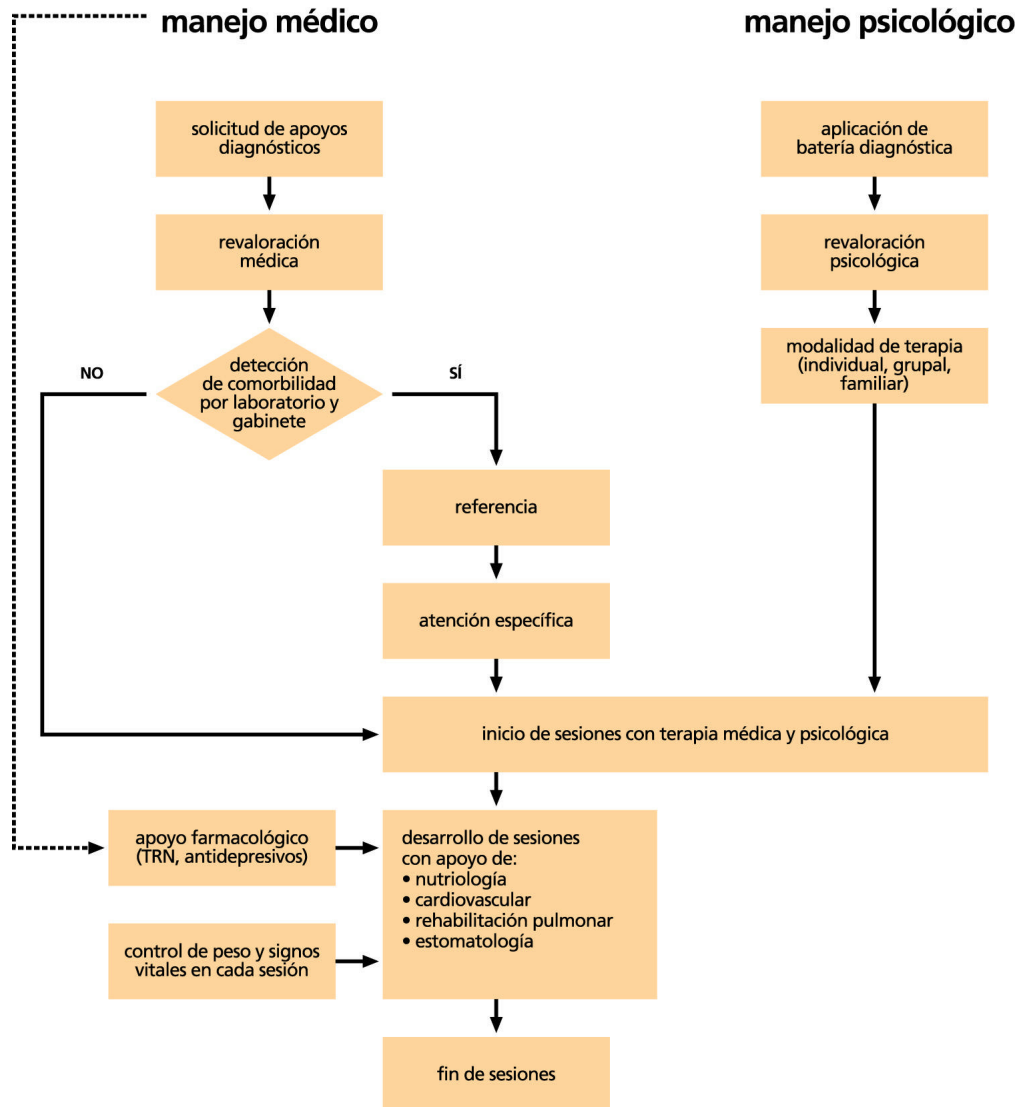
Anexo 1

carta de proceso pretratamiento

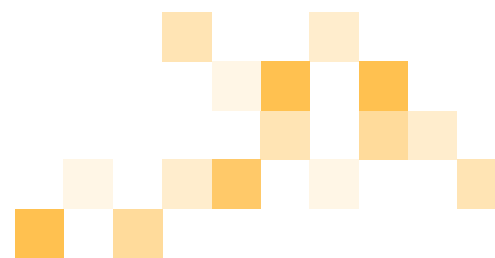
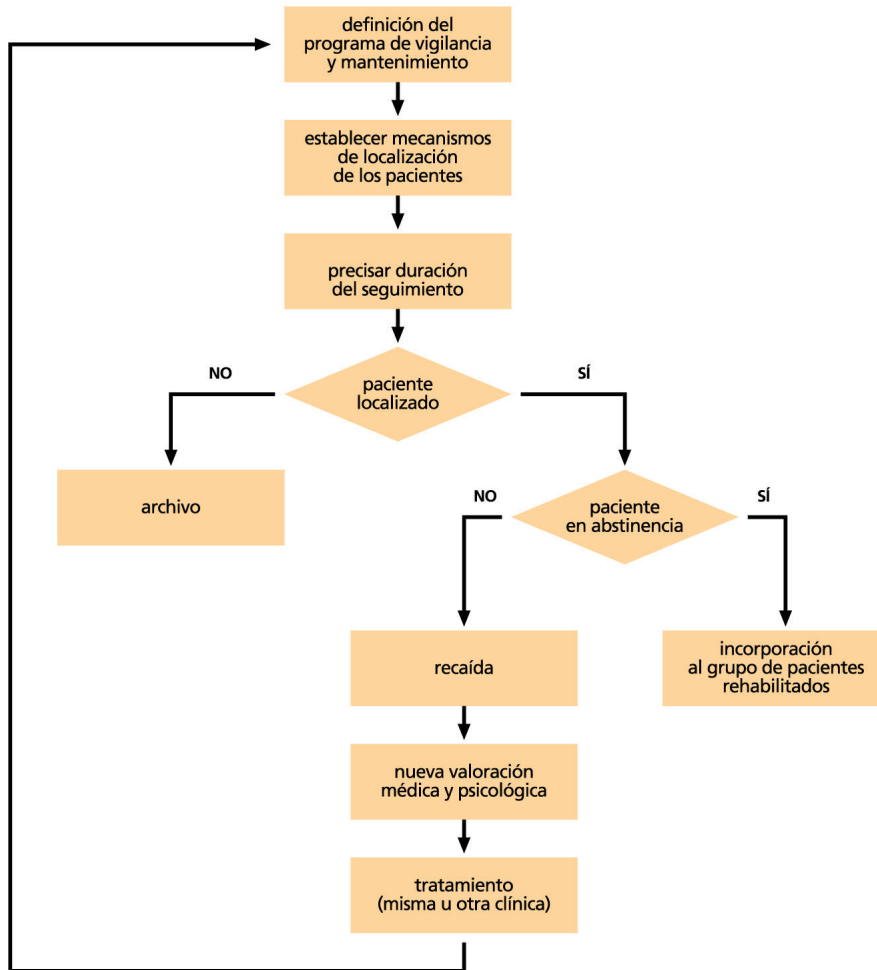




carta de proceso tratamiento



carta de proceso postratamiento

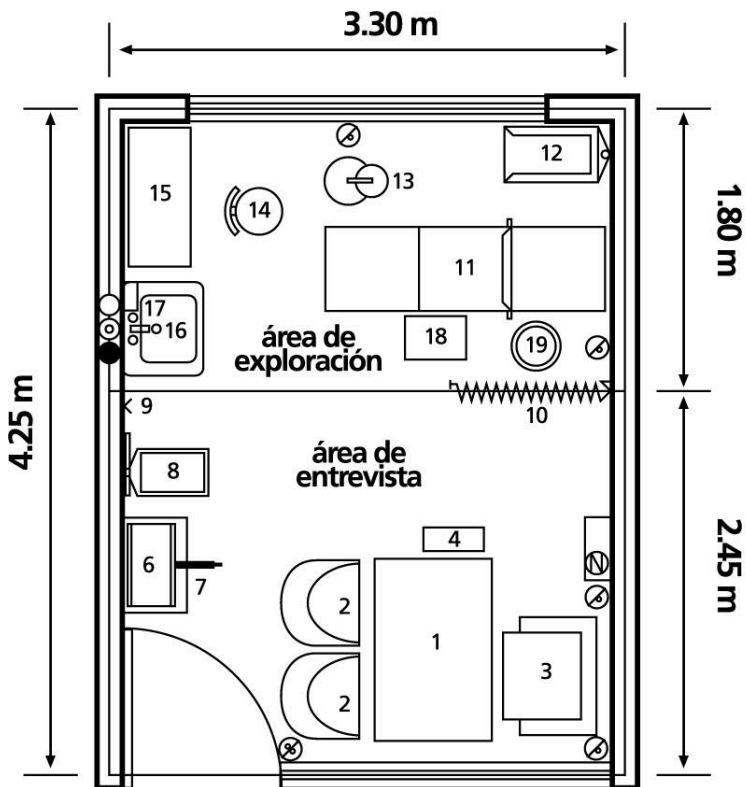




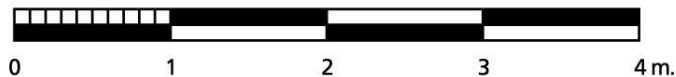
Anexo 2 consultorio de medicina general o familiar

mobiliario y equipo

- 1 escritorio
- 2 silla
- 3 sillón
- 4 cesto de basura municipal
- 5 negatoscopio
- 6 báscula pesa bebé
- 7 mesa de apoyo
- 8 báscula con estadímetro
- 9 gancho doble
- 10 cortina plegable
- 11 mesa de exploración universal
- 12 mesa mayo
- 13 lámpara con haz dirigible
- 14 banco giratorio
- 15 vitrina
- 16 lavabo
- 17 toallero para toalla de papel
- 18 banqueta de altura
- 19 cesto basura RPBI



escala gráfica



SUP. 14 m².

ACOT. en m.

- agua fría
- ⊙ desagüe en muro h. 0.40 m
- agua caliente
- ⊗ apagador eléctrico h. 1.05 m
- ⊘ contacto eléctrico polarizado h. 0.40 (con tierra física)
- Ⓝ negatoscopio (salida eléctrica h 1.40 m.)

Anexo 3

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Apéndice A Normativo (modificado).

Mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio de medicina general o familiar

MOBILIARIO

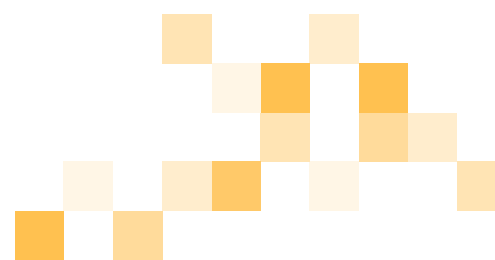
Asiento para el médico
Asientos para el paciente y acompañante
Mueble para escribir
Sistema para guarda de expedientes clínicos
Asiento para el médico en la exploración del paciente
Banqueta de altura o similar
Mesa de exploración
Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para residuos peligrosos

EQUIPO

Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal (1)(2)
Estetoscopio biauricular
Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional)(2)
Báscula con estadímetro (1)(2)
Lámpara con haz direccionable

INSTRUMENTAL

Martillo percusor
Termómetro clínico
Cinta métrica
Lámpara de baterías





Anexo 4

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Apéndice H Normativo

Materiales, medicamentos e instrumental para el botiquín de urgencias

MATERIAL DE CURACIÓN

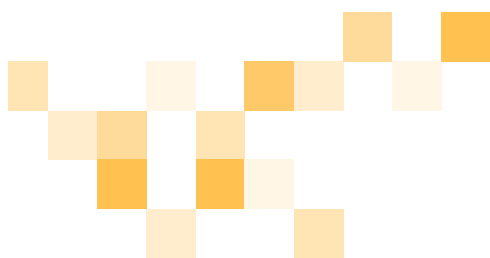
Apósitos
Gasas
Algodón 500 g.
Sutura nylon 000
Tela adhesiva
Vendas elásticas diversas medidas
Jeringas diversas medidas
Vendas de yeso
Guantes de hule estériles
Campos estériles

MEDICAMENTOS DEL CATÁLOGO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

De uno a tres de los genéricos correspondientes
Para desinfección
Para anestesia local
Para cardiología
Para analgesia
Para inmun alergias
Para intoxicaciones
Para psiquiatría

INSTRUMENTAL

Mango de bisturí
Hojas de bisturí
Pinzas de campo
Pinza de disección sin dientes
Pinza de disección con dientes
Pinzas de Kelly rectas
Pinza de Kelly curvas
Porta agujas
Tijeras quirúrgicas rectas



Anexo 5

Cuestionario para el Diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

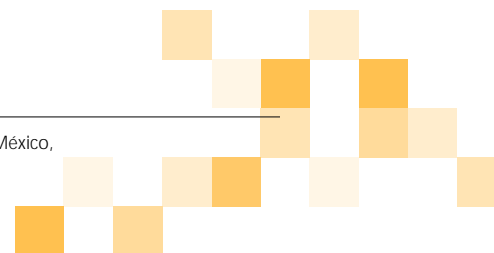
Para elaborar el diagnóstico los niños, adolescentes y adultos deberán tener 6 o más de los siguientes síntomas de falta de atención, persistentes durante por lo menos 6 meses hasta el grado que se vuelva desadaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo:¹

1. A menudo no logra prestar atención cercana al detalle. Comete errores por descuido.
2. A menudo tiene dificultades para sostener la atención en tareas o juegos.
3. A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
4. A menudo no continúa hasta el final y no logra terminar las tareas.
5. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
6. Evita o le desagradan las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde las cosas necesarias para las tareas o actividades.
8. A menudo se distrae fácilmente con estímulos externos.
9. A menudo se le olvidan las actividades diarias.

En el caso de hiperactividad-impulsividad:

10. A menudo se encuentra jugando con las manos o se retuerce al estar sentado.
11. Tiene dificultades para permanecer sentado cuando se le requiere hacerlo.
12. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas.
13. Tiene dificultades para jugar en silencio.
14. A menudo está en movimiento como si estuviera "impulsado por un motor".
15. A menudo habla excesivamente.
16. A menudo responde sin tino antes de que se le haya terminado de preguntar.
17. Tiene dificultades para esperar su turno.
18. A menudo interrumpe.

1 Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados. México, Vol. 1, no. 1, noviembre de 2002.





Anexo 6

Terapias

CLÍNICA CONTRA TABAQUISMO:	Centros de Integración Juvenil, A.C. / Unidad Nezahualcóyotl
NIVEL DE ATENCIÓN:	Segundo
ANTIGÜEDAD:	1 año

INFRAESTRUCTURA

CONSULTORIOS: 1	ÁREA PARA SESIONES: 1	OTROS:
-----------------	-----------------------	--------

RECURSOS HUMANOS

- 1 Médico general
- 2 Psicólogos
- 1 Trabajador social

Además de atender la clínica contra el tabaquismo, este personal presta servicios para el tratamiento de otras adicciones

POBLACIÓN ATENDIDA

	ABIERTA: Sí	DERECHOHABIENTE: Sí
NÚMERO DE PACIENTES POR GRUPO:	3	PERIODICIDAD DE LAS SESIONES (POR SEMANA): 2
NÚMERO DE SESIONES:	10	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES: 3
DURACIÓN DE LA SESIÓN (MINUTOS):	90	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS: 21

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Asistencia voluntaria
2. Deseos de dejar de fumar
3. Ser consumidor de tabaco (monoconsumo)
4. Ser consumidor de tabaco y otras sustancias adictivas (policonsumidores)
5. Encontrarse en la fase de preparación o acción
6. Ausencia de trastornos psiquiátricos con síntomas actuales
7. Ser alfabeta
- 8.
- 9.
- 10.

INTEGRACIÓN DE LOS GRUPOS

EDAD:	Sí	HORARIO DE ATENCIÓN:	Sí
GÉNERO:	No	NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS:	No
NIVEL SOCIOECONÓMICO:	No	NO HAY CRITERIO ESPECÍFICO:	

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

	AL FINALIZAR	AL AÑO	A LOS 5 AÑOS
	43%	43%	

ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA GENERAL

LABORATORIO:	SÍ	NO	GABINETE:	SÍ	NO
Biometría hemática	*		Evaluación cardiorrespiratoria:		
Química sanguínea	*		• Radiografía de tórax	**	
General de orina			• E.C.G.		
Perfil de lípidos	*		Pruebas funcionales:		
Citología de expectoración	*		• Exhalación de monóxido de carbono		
Antidoping			• Espirometría	**	
Cotina					
Otros (Citología nasal)					

VIGILANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA

MECANISMO DE LOCALIZACIÓN:	TELÉFONO:	CITA: SÍ	VISITA POR TRABAJO SOCIAL:	OTRO:
PERIODICIDAD:	MENSUAL:	ANUAL:		
REUNIÓN DE PERSONAS REHABILITADAS:	Club de exfumadores			

COSTO

A) CUOTA DE RECUPERACIÓN:	Cuota variable asignada a partir de estudio socioeconómico
B) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO:	X
C) OTROS:	

* Se indican de acuerdo a la evaluación médica. El paciente los realiza en el laboratorio de su elección.

CIJ ofrece la posibilidad de realizarlos en laboratorios con los que ha convenido descuentos.

** La radiografía de tórax se indica en todos los casos.



CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C

Objetivo General

Proporcionar tratamiento a los consumidores de tabaco para lograr la supresión del consumo de nicotina.

Objetivos específicos

- a) Motivar a las personas que fuman a avanzar en el proceso de cambio para dejar de fumar.
- b) Identificar y analizar los motivos por los que se ha mantenido la conducta adictiva.
- c) Desarrollar habilidades cognitivas conductuales para dejar de fumar y para mantener la abstinencia en el consumo de tabaco.
- d) Identificar los factores de riesgo que propician la reincidencia al tabaquismo.
- e) Identificar la comorbilidad y las complicaciones secundarias del consumo de tabaco.

Criterios de ingreso

1. Ser consumidor de tabaco.
2. Estar en la fase de preparación o acción.
3. Ausencia de padecimientos psiquiátricos graves.
4. Alfabetos.
5. Si el paciente reporta el uso de otras sustancias, será derivado al programa de tratamiento habitual de CIJ, y se valorará su inclusión en el que corresponde para dejar de fumar, en forma paralela o al concluir el primero.
6. Si el paciente se encuentra en fase de preparación o acción, se le realizará la "intervención médica básica" en 3 sesiones, para motivar el abandono del hábito tabáquico.

Modelo o técnica (s) de terapia psicológica utilizadas: Terapia racional emotiva.

Se aplican las etapas de cambio del modelo de Prochaska y Di Clemente, que son útiles para determinar el tipo de intervención a la que es candidato el paciente.

En una primera instancia, el paciente es atendido en un servicio denominado "entrevista inicial". Entre sus principales objetivos busca establecer el patrón de consumo de sustancias, conocer los motivos de interrupción y reanudación, los problemas asociados, así como la historia familiar de consumo de tabaco e identificar personas de la familia que puedan apoyar el proceso de tratamiento y el abandono del tabaco.

Se realiza un estudio socioeconómico para conocer la repercusión del consumo de tabaco en los ámbitos familiar, escolar y laboral. Se identifica el apoyo que puede recibir de su red: familia, amigos, compañeros de trabajo y los recursos con los que cuenta en la comunidad. Se establece la cuota de recuperación.

En la cita con el médico para realizar la exploración física, se aplica el Cuestionario de Fagerström, útil para determinar el nivel de dependencia. Con base en los resultados de la exploración física se determinarán los estudios de laboratorio y gabinete correspondientes. Todo paciente debe de realizarse una radiografía de tórax. Además se le puede indicar la realización de: electrocardiograma, biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, papanicolaou, de expectoración y espirometría. Es importante aclarar que Centros de Integración Juvenil no cuenta con el equipamiento para realizar esos estudios, por lo que el paciente tiene que efectuarlos de manera externa. El médico valorará si se debe de emplear alguna terapia de supresión o sustitución.

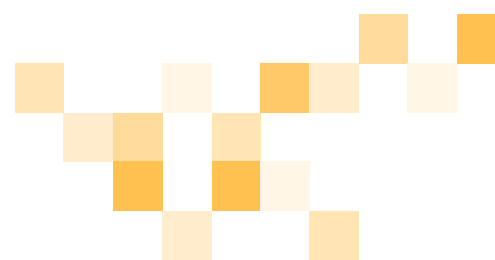
Se realiza al paciente su historia clínica para establecer un diagnóstico nosográfico, psicológico y diferencial.

Antes de iniciar el programa cognitivo conductual, el paciente asiste a una sesión en la cual se le comentarán los aspectos encontrados durante la valoración diagnóstica. Se explicará el encuadre de trabajo, con énfasis que el objetivo final será la supresión del consumo de tabaco. Se trabajan con el paciente las dudas y temores sobre su incorporación a un tratamiento en grupo, o con respecto a la utilización de fármacos. Al finalizar se le proporciona un formato con el contrato terapéutico.

El programa cognitivo conductual se realiza en 10 Sesiones de grupo, 2 veces por semana, con duración de 90 minutos cada una de ellas. Cada sesión, dependiendo de la temática a tratar, es coordinada por un médico o un psicólogo y se propicia la participación de todos los integrantes del grupo. Las temáticas a tratar son:

SESIÓN	OBJETIVO
1. Introducción	Los pacientes expresan las características de su adicción y lo que esperan del tratamiento. Conocen el contenido de cada una de las sesiones y aprenden las determinantes que condicionan la adicción.
2. Línea base	Analizan los determinantes que condicionan su conducta de fumar, sus motivos de inicio, su "carrera" de fumadores y en detalle sus motivos de mantenimiento.
3. Abstinencia	Conocen y aprenden las estrategias para permanecer en abstinencia a partir de esta sesión. Se da la indicación de abstinencia y se determina el apoyo farmacológico a utilizar.
4. Daños a la salud	Identifican las alteraciones que el tabaco ocasiona en el organismo.
5. Rehabilitación pulmonar	Proporcionan al paciente ex-fumador, de manera objetiva, las bases científicas de los beneficios de dejar de fumar.
6. Relajación muscular	Se desarrollan habilidades para el manejo de la técnica de relajación muscular.
7. Publicidad y tabaquismo	Identifican las principales estrategias publicitarias que utiliza la industria tabacalera para hacer llegar sus mensajes a la población, y cómo influyen en el proceso de inicio, mantenimiento y recaída.
8. Cambios metabólicos	Se introduce al ex-fumador a un nuevo estilo de vida utilizando el conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de nicotina y a su abstinencia.
9. Reincidencia	Identifican los principales factores de riesgo para reincidir en el tabaquismo. Reafirman cómo enfrentar de manera adecuada y asertiva tales situaciones.
10. Análisis y conclusiones	Hacen un resumen analítico del aprendizaje obtenido en el manejo y control de la abstinencia con el programa cognitivo conductual para dejar de fumar.

- Acuden a una cita mensual de seguimiento. Durante dicha sesión se indaga sobre el mantenimiento de la abstinencia; en caso de ser necesario se hacen recomendaciones para recuperarla.
- En pacientes con baja dependencia se ha empleado terapia de sustitución: goma de mascar y parches dérmicos.
- El *bupropión* se está empleando para dependencia alta.





CLÍNICA CONTRA TABAQUISMO: Hospital General de México
 NIVEL DE ATENCIÓN: Tercero
 ANTIGÜEDAD: 21 años

INFRAESTRUCTURA

CONSULTORIOS: 2 ÁREA PARA SESIONES: 1 OTROS:

RECURSOS HUMANOS

- 1 Médico neumólogo
- 1 Médico cardiólogo
- 2 Psicólogos
- 1 Médico interno pregrado
- 1 Estomatólogo

POBLACIÓN ATENDIDA

	ABIERTA: Sí	DERECHOHABIENTE:
NÚMERO DE PACIENTES POR GRUPO:	12	PERIODICIDAD DE LAS SESIONES (POR SEMANA): 2
NÚMERO DE SESIONES:	8	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES: 50
DURACIÓN DE LA SESIÓN (MINUTOS):	90	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS: 578 desde 2001

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Asistencia voluntaria
2. Deseos de dejar de fumar
3. Mayores de 16 años
4. Sin padecimientos o sintomatología psiquiátrica
5. Sin otras adicciones
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

INTEGRACIÓN DE LOS GRUPOS

EDAD:	HORARIO DE ATENCIÓN:
GÉNERO:	NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS:
NIVEL SOCIOECONÓMICO:	NO HAY CRITERIO ESPECÍFICO: X

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

AL FINALIZAR	AL AÑO	A LOS 5 AÑOS
90%	49% - 52%	

ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA GENERAL

LABORATORIO:	SÍ	NO	GABINETE:	SÍ	NO
Biometría hemática			Evaluación cardiorrespiratoria:		
Química sanguínea			• Tele de tórax	X	
General de orina			• E.C.G.	X	
Perfil de lípidos	X		Pruebas funcionales:		
Citología de expectoración	X		• Exhalación de monóxido de carbono	X	
Antidoping			• Espirometría	X	
Cotina					
Otros					

VIGILANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA

MECANISMO DE LOCALIZACIÓN:	TELÉFONO: X	CITA:	VISITA POR TRABAJO SOCIAL:	OTRO:
PERIODICIDAD:	Cita a los quince días y después en forma trimestral por tiempo indefinido			
REUNIÓN DE PERSONAS REHABILITADAS:				

COSTO

A) CUOTA DE RECUPERACIÓN:	En terapia matutina 600 pesos promedio. En terapia vespertina 1,500 pesos promedio, porque ocupa más tiempo De acuerdo con su condición, algunos pacientes quedan exentos de la cuota
B) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO:	X
C) OTROS:	



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Objetivo General

Lograr la abstinencia en el 100% de los pacientes y detectar en forma oportuna padecimientos relacionados con el consumo de tabaco. Esta clínica brinda servicios a población abierta.

Objetivos Específicos

- a) Crear herramientas cognitivas y conductuales para mantener la abstinencia.
- b) Modificar la conducta y establecer un plan de vida saludable.
- c) Aplicar el programa médico/psicológico para lograr el abandono de la adicción al tabaco:
 - Adelantar la edad promedio de abandono.
 - Dar accesibilidad al tratamiento.
 - Incrementar la esperanza de vida saludable en los fumadores.
- d) Elevar los niveles de eficiencia de la intervención considerando el tipo de recursos humanos utilizados y el número de horas requeridas.
- e) Conformar grupos de promotores voluntarios tabaco/salud para prevenir que los niños y adolescentes se inicien en el consumo de tabaco.
- f) Aplicar un programa intensivo a grupos de fumadores reincidentes.

Modelo

Se lleva a cabo un tratamiento integral en dos vertientes, la médica y la psicológica, que aunque se complementan, presentan características particulares.

El programa de la clínica consta de ocho sesiones continuas dos veces por semana, con duración de hora y media cada una. Se emplean técnicas psicológicas del modelo cognitivo conductual para el tratamiento de las dependencias física, psicológica y social asociadas al consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades grupal o individual (en este caso cuando cuando no se coincide con los horarios de las sesiones grupales o se identifique comorbilidad psiquiátrica).

La terapia parte del enfoque cognitivo-conductual cuyo objetivo es la reestructuración cognoscitiva, en la cual se destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta.

Las técnicas de reestructuración cognoscitiva identifican y modifican las cogniciones desadaptativas del paciente. Se intenta destacar el impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones del paciente para sustituirlas por otras cogniciones más adecuadas.

La reestructuración cognoscitiva se integra por diferentes técnicas (asertividad, motivación, auto registros), pero esencialmente se nutren de los marcos teóricos cognoscitivos personales, en los que se toman en cuenta los procesos cognoscitivos que median entre los estímulos y las respuestas que se dan. No son los estímulos del ambiente los que pueden provocar la patología del individuo, los procesos cognitivos, como la atención, percepción, interpretación de los estímulos, etc., que son los mediadores que desencadenan un comportamiento desadaptado. Sin embargo pueden ser modificados por esos procesos cognitivos para transformarlos en comportamientos adaptados.

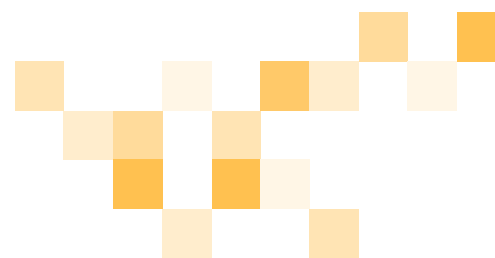
La población que asiste a la clínica, está en etapa de contemplación, preparación y acción, según la clasificación de Prochaska y Di Clemente, la cual sirve para ubicar a los pacientes en los grupos terapéuticos.

Se utilizan los cuestionarios de Russell, ZUNG, Beck y Fagerström para obtener los niveles de depresión y adicción, además que permiten establecer el tipo de intervención por aplicar, y los factores que pudieran intervenir para que el paciente no alcance la abstinencia. De igual manera permiten seleccionar al candidato y ubicarlo en el mejor espacio terapéutico.

Los temas que se revisan en cada una de las ocho sesiones son:

SESIÓN	OBJETIVO
1. Presentación del grupo	Se presentan los procesos de aprendizaje y se explica el auto registro línea base (dinámica grupal, plática y taller).
2. Revisión de auto registro	Técnicas de asertividad y motivación, procesos de aprendizaje, modificación de conducta y tipos de pensamiento (taller, apoyo de acetatos y diapositivas).
3. Revisión del auto registro	Considerar daños a la salud, técnicas de asertividad y motivación, tipos de dependencia, establecer contrato de abandono, realización de carta de despedida y explicación de auto registro de seguimiento (dinámica grupal, plática y taller).
4. Técnica de la Gestalt	Aplicar lectura de carta de despedida al cigarro, al aquí y ahora, síndrome de abstinencia y técnicas de relajación con imaginación (dinámica grupal y plática con diapositivas).
5. Psicofisiología de la adicción al tabaco	Asertividad, sobre tipos de enfermedades y calidad de vida. Impartir plática y dinámica grupal.
6. Revisión de autor	Efectuar registro de seguimiento, estomatología, nutrición y técnica de visualización (plática con diapositivas).
7. Revisión de autor	Registrar seguimiento, aplicar técnica de afrontamiento al estrés, preparar cierre del grupo (dinámica grupal).
8. Cierre de grupo	Establecer contrato de seguimiento.

- Seguimiento a los 8 y 15 días.
- Se hace revisión de casos, se da reforzamiento para mantener la abstinencia, además de retomar las recaídas e integrar al grupo permanente de ex fumadores.
- La TRN se recomienda a la personas con nivel dependencia física según lo obtenido en el cuestionario de Fagerström (superior a 8). En la entrevista clínica y la auto observación realizada por medio del auto registro se controla al paciente la forma de aplicación así como la dosis adecuada para cada sujeto; por lo regular se utiliza la goma de mascar o el parche.





CLÍNICA CONTRA TABAQUISMO: Instituto Nacional de Cancerología
 NIVEL DE ATENCIÓN: Tercero
 ANTIGÜEDAD: 3 años

INFRAESTRUCTURA

CONSULTORIOS: ÁREA PARA SESIONES: 1 OTROS:

RECURSOS HUMANOS

1 Médico neumólogo
 1 Psicólogo
 1 Trabajador social
 1 Nutriólogo
 1 Terapeuta físico
 1 Secretaria

POBLACIÓN ATENDIDA

	ABIERTA: SÍ	DERECHOHABIENTE:	
NÚMERO DE PACIENTES POR GRUPO:	6-8	PERIODICIDAD DE LAS SESIONES (POR SEMANA):	2
NÚMERO DE SESIONES:	12	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES:	20
DURACIÓN DE LA SESIÓN (MINUTOS):	90	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS:	146

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mayores de 17 años
2. Alfabetas o analfabetas
3. Deseo y voluntad de dejar de fumar
4. Que acudan en forma voluntaria
5. No se aceptan pacientes con psicosis
6. Se aceptan pacientes psiquiátricos con tratamiento específico
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

INTEGRACIÓN DE LOS GRUPOS

EDAD:	HORARIO DE ATENCIÓN:
GÉNERO:	NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS:
NIVEL SOCIOECONÓMICO:	NO HAY CRITERIO ESPECÍFICO: X

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

	AL FINALIZAR	AL AÑO	A LOS 5 AÑOS
	92%	51%	

ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA GENERAL

LABORATORIO:	SÍ	NO	GABINETE:	SÍ	NO
Biometría hemática	X		Evaluación cardiorrespiratoria:		
Química sanguínea	X		• Tele de tórax	X	
General de orina	X		• E.C.G.	X	
Perfil de lípidos	X		Pruebas funcionales:		
Citología de expectoración	X		• Exhalación de monóxido de carbono	X	
Antidoping			• Espirometría	X	
Cotina	X				
Otros (Antígeno prostático)	X				

VIGILANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA

MECANISMO DE LOCALIZACIÓN:	TELÉFONO: X	CITA: X	VISITA POR TRABAJO SOCIAL:	OTRO:
PERIODICIDAD:	MENSUAL: X un año	ANUAL:		
REUNIÓN DE PERSONAS REHABILITADAS:	Sí (anual)			

COSTO

A) CUOTA DE RECUPERACIÓN	\$180 a \$800 pesos. El promedio es de \$180 - \$200, que incluye la terapia más los exámenes de laboratorio y gabinete
B) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	En seis niveles
C) OTROS	



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Objetivo General

Ayudar a que el paciente reconozca su adicción a la nicotina, mediante orientación introspectiva con un enfoque interpretativo que explica dicha conducta, y que desarrolle estrategias de protección y habilidades saludables, mediante técnicas de información y educación, cognitivo-conductuales y del aquí y el ahora, con el fin de mejorar su calidad de vida. Además de realizar la detección temprana de cáncer y de otras enfermedades asociadas al uso de tabaco y desarrollar actividades en materia de prevención, enseñanza e investigación.

Objetivos Específicos

- a) Ayudar a que los fumadores abandonen el tabaquismo.
- b) Lograr que los fumadores severos o con comorbilidad psiquiátrica fumen menos.
- c) Realizar diagnóstico temprano de los diferentes tipos de cáncer y de otras enfermedades asociadas al tabaco.
- d) Establecer líneas de acción en prevención y enseñanza:
 - d.1) Informar sobre la pandemia del tabaquismo a grupos de riesgo como niños, adolescentes y mujeres.
 - d.2) Reforzar factores de protección en la población en función de los factores de riesgo.
- e) Capacitar a profesionales de la Salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras Sociales, maestros) interesados en la prevención, detección y atención oportuna del tabaquismo.

Modelos o técnicas de terapia psicológica

Las técnicas utilizadas son:

- a) **Técnica de Información y Educación** (4 Sesiones)
Este campo es importante dentro de la dinámica grupal, ya que el profesor invitado influye como líder mediante su capacidad y habilidad para elevar la motivación, estimular la participación y “generar moral” en la interacción grupal.
- b) **Técnica Cognitivo Conductual** (3 Sesiones).
Se orienta a modificar las conductas que se observan, a que el paciente se enfrente a sus percepciones y concepciones erróneas con el fin de lograr el cambio.
- c) **Técnica del aquí y el ahora.** (5 Sesiones).
Se trabaja con las personas a través del grupo, principalmente con las interrelaciones entre sus miembros, con énfasis en las relaciones intra grupales, en el aquí y en el ahora, utilizando el pasado únicamente para entender al aquí y el ahora, estimulando la relaciones positivas y analizando los sentimientos negativos, se clarifican los patrones comportamentales con el fin de cambiar el comportamiento, las actitudes y los enfoques existenciales por medio de la autoadvertencia y las experiencias emocionales.

Utilidad de Prochaska y Di Clemente

Consideramos que el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva. Nos es útil porque ayuda a tener una aproximación terapéutica en pacientes que dependen de la nicotina (anexo 1).

Estudios médicos y pruebas psicológicas utilizadas

Historia clínica que incluye:

- Ficha de identificación.
- Historia del consumo.
- Severidad de la adicción.
- Identificación de comorbilidad.
- Historia de tratamientos previos.
- Aplicación de cuestionarios:
 - a) Fagerström: se conoce el grado de dependencia a la nicotina que a desarrollado la persona y nos sirve como referencia para planear un tratamiento individual de TRN.
 - b) Zung: da indicadores para detectar depresión.
 - c) Russell: orienta a que la persona identifique y reconozca los motivos de mantenerse fumando, por medio del autoconocimiento.
- Historia médica completa.
- Solicitud de estudios de laboratorio y gabinete (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, perfil de lípidos, radiografía de tórax, electrocardiograma y pruebas de función pulmonar).

Modalidades de Terapia Psicológica

GRUPAL: utiliza fundamentalmente aspectos sociales para influir en los cambios psíquicos a través de la interacción humana.

Se aplica en personas con dependencia leve, moderada y severa, en estadios de cambio en acción y mantenimiento, sin comorbilidad psiquiátrica y enfermedad médica grave.

INDIVIDUAL: la entrevista psicodiagnóstica descriptiva se orienta a la introspección con un enfoque interpretativo que explica signos, síntomas, conductas, y el enfoque descriptivo clasifica signos y síntomas en categorías de trastornos.

Se utiliza en personas con dependencia severa a la nicotina en donde los síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos indiquen que el individuo continúa consumiendo nicotina a pesar de padecer una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco (algún tipo de cáncer), y/o se encuentra en tratamiento oncológico, así como en pacientes con comorbilidad psiquiátrica (v.gr. trastorno del estado de ánimo, de ansiedad y depresión y otros problemas psicosociales).

FAMILIAR: la evaluación se basa en la Teoría General de Sistemas para detectar disfunciones que puedan dificultar el objetivo del tratamiento que es dejar de fumar. Se lleva a cabo en pacientes con dependencia severa a la nicotina y con comorbilidad psiquiátrica.



Número de sesiones y breve descripción de cada una de ellas: Doce Sesiones:

SESIÓN	OBJETIVO
1. Presentación del grupo que asiste a tratamiento y del equipo de profesionales de la clínica de tabaquismo	Se conocen las expectativas de cada uno de los integrantes de grupo con respecto al tratamiento que inician. Exposición breve del programa. Explicación del auto registro diario de consumo de cigarras.
2. Dinámica grupal	Revisar el auto registro diario. Se imparte plática educativa acerca de lo que son las adicciones, específicamente en nicotina, además de manejar información epidemiológica sobre la pandemia del tabaquismo en México. Entrega de auto registro diario. (apoyo con diapositivas).
3. Taller	Aplicar el Cuestionario de Motivos de Mantenimiento de Russell Dinámica grupal, mediante la identificación y reconocimiento de cada uno de los integrantes del grupo acerca de los resultados que obtuvieron en el cuestionario aplicado. Aviso de abstinencia y ritual de despedida por medio de carta y/o duelo de separación del cigarro e inducción a la terapia de reemplazo de nicotina (TRN).
4. Dinámica grupal	Realizar descripción vivencial del ritual de despedida del cigarro por cada uno de los integrantes del grupo. Información sobre las etapas del duelo, como un proceso transicional de cambio ante el retiro emocional del vínculo con el tabaco.
5. Información	Informar sobre evidencias clínicas y epidemiológicas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. (Apoyo con diapositivas).
6. Plática informativa	Brindar plática informativa sobre la anatomía y fisiología del aparato respiratorio, enseñanza- aprendizaje de una serie de ejercicios respiratorios, a fin de continuar con el proceso de reflexión que reafirma la decisión de mantenerse sin fumar. (terapista de rehabilitación pulmonar, INER) (apoyo con diapositivas).
7. Dinámica grupal	Realizar dinámica grupal mediante el aprendizaje de relajación muscular y fantasía dirigida como técnicas introspectivas del proceso para desarrollar habilidades para continuar su abstinencia.
8. Dinámica grupal	Informar acerca de los cambios metabólicos asociados al consumo de nicotina y su abstinencia. Se dan bases para el planteamiento de un régimen nutricional (apoyo con diapositivas y rotafolio).
9. Plática informativa	Informar sobre la publicidad como factor de riesgo potencial en el inicio, mantenimiento y recaída del consumo de tabaco (apoyo con diapositivas).
10. Taller	Adquirir destrezas psicosociales que permitan a las personas transformar sus conocimientos, actitudes y valores en habilidades que les faciliten comportarse en forma saludable siempre y cuando deseen y tengan la oportunidad de hacerlo (dinámica grupal lúdica: lucidez mental, gallina ciega y/o balanza motivacional).
11. Plática informativa	Manejar información sobre el aparato psíquico (instancias psíquicas), una técnica de introspección para que el paciente aprenda a detectar e identificar los mecanismos inconscientes que lo pueden inducir a volver a fumar, con el fin de fortalecer el proceso de cambio en su decisión de mantenerse sin fumar y mejorar su calidad de vida.
12. Evaluación	Realizar con los participantes una evaluación en forma escrita y verbal sobre los logros individuales y grupales del tratamiento recibido y si sus expectativas se cumplieron. También, se interpretan resultados de los estudios médicos realizados durante el tratamiento. Se valora el daño sistémico ocasionado por el tabaquismo y se hace diagnóstico de los principales padecimientos secundarios a tabaquismo.

Seguimiento

El objetivo es mantener al ex fumador en abstinencia permanente por medio de reuniones mensuales en las cuales los asistentes comentan las habilidades de protección que han desarrollado y los factores de riesgo que han podido afrontar para evitar recaídas.

Se da una plática con temas relacionados al tabaco propuestos por los ex fumadores (ejemplo, tabaquismo y familia) o se realiza una actividad lúdica con el fin de reforzar habilidades saludables.

Seguimiento por vía telefónica a los 3,6 y 12 meses.

Tratamiento Farmacológico

Se indica en aquellos fumadores que después de ser valorados mediante historia clínica médica y psicológica, presentan adicción física importante, ya que en estos pacientes es más frecuente que se desarrolle el síndrome de abstinencia.

La Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN)

Se utiliza la **goma de mascar** que contiene 2 mg. de nicotina, para que el fumador, cuando sienta el deseo de fumar, la mastique lentamente hasta que perciba un sabor picante en la boca; entonces lo guardará entre la encía y el carrillo, para volver a masticarlo, cuando sienta de nuevo la necesidad de fumar. No se deberá masticar más de un chicle por hora.

El **parche transdérmico** se presenta en dosis de 7, 14, y 21 mg. La dosis a utilizar se calcula según el número de cigarrillos fumados; el parche se cambia cada 24 horas, usualmente se coloca después de bañarse, en dorso, los muslos, según sea la preferencia del paciente. Se retira al siguiente día antes de bañarse el paciente. En fecha reciente han aparecido en el mercado, parches de 5, 10 y 15 mg que se usan durante el día, para retirarse por la noche antes de dormir.

Los parches son seguros y fácil de utilizar. Algunos efectos secundarios que se llegan a observar, son reacciones dérmicas (enrojecimiento, prurito intenso), por los cuales se llega a suspender el uso del parche y cambia la vía de administración de la terapia de reemplazo de nicotina.

El **inhalador de nicotina**, se presenta en cartuchos de 10 mg. El paciente utiliza el inhalador bucal cuando siente deseos de fumar. Es útil, sin embargo al igual que con los parches, los pacientes los utilizan por menos tiempo que el indicado ya que su costo limita su uso.

Terapia farmacológica con **anfebutamona** que consiste en tabletas orales de 150 mg. Se indica en pacientes con historia de depresión, además de la adicción al tabaco. Se prescribe una tableta diaria durante 5 días y de no presentarse reacciones secundarias se incrementa a dos tabletas por día. Está contraindicada en historias de crisis convulsivas. Una limitante a considerar es el costo ya que usualmente los pacientes no terminan el tratamiento, al igual que sucede con parches o el inhalador, que le puede condicionar recaídas.

En algunos pacientes con ansiedad importante se prescriben ansiolíticos.

Es importante mencionar que en los pacientes con grados de adicción severa, es necesario utilizar terapia de reemplazo, por más de una vía de administración. Además del parche de dosis más alta disponible en el mercado, en algunos pacientes es necesario utilizar también goma de mascar con nicotina o inhalador para llegar a las dosis necesarias en determinado paciente. Usualmente necesitan esta administración extra por las tardes cuando el parche tiene menos cantidad de nicotina.

También hemos tratado a estos pacientes (adicción severa) con combinaciones de tratamiento farmacológico, es decir TRN y antidepresivos.

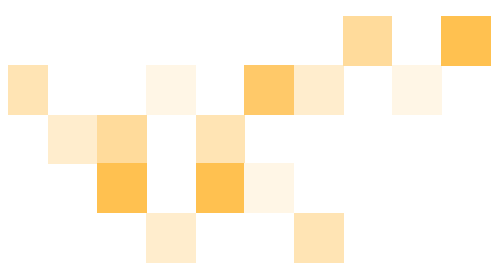
Durante el proceso de las 12 sesiones de tratamiento se elaboran la historia clínica y los estudios médicos (marcadores biológicos) a cada uno de los pacientes.



Aproximaciones terapéuticas según los estadios motivacionales en pacientes dependientes a la nicotina:

Etapas Motivacionales	Medidas Terapéuticas
<p>I. Etapa Precontemplativa Sin conciencia de enfermedad. No-intención absoluta de cambio. Conductas que favorecen o prolongan el consumo a través de mecanismos como la minimización, negación, justificación o sentimientos de rechazo o agresión.</p>	<p>A. Intervención vía información sobre los componentes del tabaco y sus consecuencias en los daños a la salud. B. Consejo médico o de otros profesionales de la salud C. Pláticas y conferencias</p>
<p>II. Etapa Contemplativa Ambivalencia hacia el tratamiento — <i>Quizás sí, pero...</i>”</p>	<p>A. Información + sensibilización (análisis de los daños a la salud y problemas psicosociales para reforzar su motivación, reestructurando concepciones que influyan en el retraso del inicio de su tratamiento). B. Consejo médico o de otros profesionales de la salud. C. Medidas objetivas: entrevista clínica, Fagerström, Zung.</p>
<p>III. Etapa de Determinación o Preparación Hay decisión para el cambio — <i>Ya no puedo seguir así”</i></p>	<p>A. Información + sensibilización + alternativas terapéuticas, biopsicosocial.</p>
<p>IV. Etapa de Acción Búsqueda de ayuda Decisión para iniciar el tratamiento</p>	<p>A. Información + sensibilización + tratamiento (grupal, individual), evaluación médica (marcadores biológicos), TRN y farmacológico (en casos necesarios)</p>
<p>Etapa de Mantenimiento Mantener la abstinencia Evitar las recaídas</p>	<p>A. Información + sensibilización + Tx. Terapéutico + TRN + Tx. de comorbilidad (en casos necesarios) + programa de prevención de recaídas</p>
<p>Recaídas Evitar que un desliz se convierta en una recaída descontrolada.</p>	<p>A. Proyecto del programa en estudio</p>

Referencia: Programa de capacitación para comunidades terapéuticas. Aspectos clínicos de la dependencia a sustancias II. Adaptado de Prochaska y Di Clemente (Marlatt 1985).



CLÍNICA CONTRA TABAQUISMO:	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
NIVEL DE ATENCIÓN:	Tercero
ANTIGÜEDAD:	20 años

INFRAESTRUCTURA

CONSULTORIOS: 3	ÁREA PARA SESIONES: 1 (Auditorio)	OTROS: (1 Cámara de Gessel)
-----------------	-----------------------------------	-----------------------------

RECURSOS HUMANOS

- 1 Médico Neumólogo
- 1 Médico Cardiólogo
- 1 Psiquiatra
- 1 Médico General
- 3 Psicólogos
- 1 Trabajadora Social
- 1 Secretaria

POBLACIÓN ATENDIDA

	ABIERTA : Sí	DERECHOHABIENTE:	
NÚMERO DE PACIENTES POR GRUPO:	8-10	PERIODICIDAD DE LAS SESIONES (POR SEMANA):	2
NÚMERO DE SESIONES:	10	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES:	50
DURACIÓN DE LA SESIÓN (MINUTOS):	90	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS:	5,000

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Deseo de dejar de fumar
2. 17 años en adelante
3. Alfabetas
4. Sin padecimiento psiquiátrico
5. Sin otras adicciones
6. Asistencia voluntaria
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

INTEGRACIÓN DE LOS GRUPOS

EDAD:	HORARIO DE ATENCIÓN:
GÉNERO:	NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS:
NIVEL SOCIOECONÓMICO:	NO HAY CRITERIO ESPECÍFICO: X

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

	AL FINALIZAR	AL AÑO	A LOS 5 AÑOS
	89%	35%	



ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA GENERAL

LABORATORIO:	SÍ	NO	GABINETE:	SÍ	NO
Biometría hemática	X		Evaluación cardiorrespiratoria:		
Química sanguínea	X		• Tele de tórax	X	
General de orina	X		• E.C.G.	X	
Perfil de lípidos	X		Pruebas funcionales:		
Citología de expectoración	X		• Exhalación de monóxido de carbono	X	
Antidoping			• Espirometría	X	
Cotina (en orina)	X				
Otros (Monóxido de carbono, 5 veces durante el tratamiento)	X				

VIGILANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA

MECANISMO DE LOCALIZACIÓN:	TELÉFONO:	CITA:	VISITA POR TRABAJO SOCIAL:	OTRO:
PERIODICIDAD:	De manera trimestral durante un año. Después cada año hasta completar cinco			
REUNIÓN DE PERSONAS REHABILITADAS:	Sí, una vez al mes por un plazo forzoso de seis meses, después una reunión anual			

COSTO

A) CUOTA DE RECUPERACIÓN	En el año 2001, \$800; además, tratamiento farmacológico
B) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	X
C) OTROS	

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Objetivo General

Ayudar a los fumadores a dejar de fumar y a lograr la abstinencia a largo plazo.

Objetivos Específicos

- a) Enseñar a los fumadores una serie de estrategias cognitivo-conductuales para afrontar situaciones de riesgo, sin necesidad de fumar.
- b) Mostrar las formas de utilizar terapia farmacológica como coadyuvante del proceso para dejar de fumar.
- c) Dar información científica y confiable sobre el tabaquismo en general.
- d) Ayudar a prevenir recaídas.

Modelo de Tratamiento

Modelo de Terapia: Terapia Racional Emotiva.

Técnicas: Cognitivo-conductuales.

Modelo de Prochaska y Di Clemente

- Prochaska: se utiliza para determinar la etapa de cambio para dejar de fumar.

Pruebas psicológicas utilizadas:

Pruebas de Diagnóstico:

- Entrevistas psiquiátrica modificada de Campillo.
- Historia de tabaquismo.
- Índice de tabaquismo.
- Cuestionario de Fagerström.
- Inventory Beck of Depression (BDI) para depresión.
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) para depresión y ansiedad.
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Pruebas durante el tratamiento:

- Cuestionario de Russell.
- Auto registro diario de cigarrillos.

Modalidad de la terapia

Grupal: para pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos de selección

Individual: para pacientes que son excluidos del grupo (con trastornos psiquiátricos, abuso de otras drogas, analfabetas, etc).



Sesiones de la terapia de grupo

Número de Sesiones: 10

Duración: 90 minutos cada sesión

PROCEDIMIENTO:

SESIÓN	OBJETIVO
1. Inducción	Establecer auto registro, contrato terapéutico
2. Línea Base	Auto registro, aplicar cuestionario Russell, aviso de abstinencia
3. Abstinencia	Hacer recomendaciones para lograr la abstinencia, terapia farmacológica
4. Relajación muscular	Realizar ejercicio de relajación, aplicar terapia farmacológica
5. Daños a la salud	Impartir plática, terapia farmacológica
6. Rehabilitación	Plática y ejercicios, terapia farmacológica
7. Publicidad	Plática, terapia farmacológica
8. Cambios metabólicos	Impartir plática y ejercicio
9. Prevención de recaída	Impartir plática, aplicar terapia farmacológica
10. Cierre de tratamiento	Realizar dinámica grupal

Seguimiento

Telefónico: a los 2, 3, 6, 9 y 12 meses y a los 5 años

Monóxido de Carbono: al inicio del tratamiento (antes de dejar de fumar), y cuando las personas se encuentran en abstinencia.

Tratamiento Farmacológico

Terapia de Reemplazo de Nicotina.¹

- Goma de mascar de polacrilex.
- Parches transdérmicos de 24 y 16 horas.
- Inhalador.

Indicaciones:

- a) Utilizarla al suspender en forma total el suministro de nicotina por uso de cigarros, puro, pipa, tabaco masticado, etc.
- b) Se recomienda a todos los fumadores que quieren dejar de fumar.

Contraindicaciones:

- a) De la goma: reacciones tales como hipo, gastritis, mareo y náusea en las primeras horas de uso.
- b) Del parche: urticaria u otras reacciones dérmicas, mareo, náusea, dolor de cabeza e insomnio y pesadillas con parches de 24 horas.
- c) Del inhalador: comezón en la garganta, principalmente.

Antidepresivos:

- Bupropión L.P.

Indicaciones:

- a) Fumadores de más de 20 cigarros al día
- b) Utilizar una tableta al día (150 mg.) durante tres días, por la mañana
- c) Utilizar dos tabletas al día (300 mg.) durante 60 días, una a las 8:00 y la otra a las 14:00 o a las 16:00 horas

Contraindicaciones:

- a) Historia personal de crisis convulsivas o epilepsia, problemas relacionados con la tiroides. Sus reacción secundaria principal es el insomnio, por eso se recomienda utilizar la segunda dosis a medio día o al iniciar la tarde.

1. Este tratamiento (TRN) lo proporciona el INER durante un mes y los pacientes deberán conseguir la dotación restante para concluir su tratamiento.

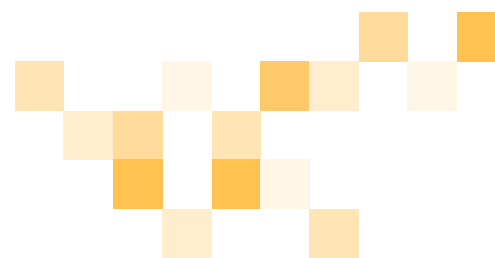
Plan de vigilancia y mantenimiento para ex fumadores:

Reunión Mensual

- Se realiza el tercer miércoles de cada mes durante 2 horas.
- El objetivo es que las personas continúen en abstinencia (prevenir recaídas).
- Se reúnen las personas que hayan concluido su tratamiento exitosamente.
- No excluye a sanos y enfermos por tabaquismo.
- Al concluir el tratamiento, los pacientes se comprometen a asistir durante seis meses continuos; con posterioridad asistirán de manera intermitente.

Reunión Anual

- Con la finalidad de celebrar la abstinencia se realiza esta reunión a manera de fiesta en honor de todos los ex fumadores que se han tratado en la clínica, desde su apertura.



ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA GENERAL

LABORATORIO:	SÍ	NO	GABINETE:	SÍ	NO
Biometría hemática	X		Evaluación cardiorrespiratoria:		
Química sanguínea	X		• Tele de tórax	X	
General de orina	X		• E.C.G.	X	
Perfil de lípidos	X		Pruebas funcionales:		
Citología de expectoración			• Exhalación de monóxido de carbono		
Antidoping			• Espirometría		
Cotina					
Otros					

VIGILANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA

MECANISMO DE LOCALIZACIÓN:	TELÉFONO:	X	CITA:	VISITA POR TRABAJO SOCIAL:	OTRO:	
PERIODICIDAD:	MENSUAL:	X	TRIMESTRAL:	X	SEMESTRAL:	X
REUNIÓN DE PERSONAS REHABILITADAS:						

COSTO

A) CUOTA DE RECUPERACIÓN:	Alumnos \$100.00	Trabajadores \$400.00
B) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO:		
C) OTROS:		



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

Objetivo General

Sensibilizar a los jóvenes politécnicos de Nivel Medio Superior y Superior, y procurar su participación en acciones preventivas dentro y fuera de su plantel, sobre los riesgos y efectos que produce el consumo del tabaco, con la finalidad de fomentar una cultura de prevención.

Objetivos Específicos

- a) Lograr la participación de la comunidad politécnica en las diversas actividades programadas con la coordinadora de orientación juvenil y el responsable de servicio de Salud Escolar de cada plantel, bajo los lineamientos marcados por la Dirección de Apoyo a Estudiantes.
- b) Involucrar a jefes de grupo, asesores estudiantes, alumnos becarios y consejeros, al igual que maestros-tutores, padres de familia y los comités de seguridad de cada plantel, en las actividades programadas por la Dirección de Apoyo a Estudiantes entorno al Día Mundial sin Tabaco.
- c) Realizar un diagnóstico en cada plantel, para identificar los sitios de mayor afluencia estudiantil en los cuales se detecte consumo del tabaco para dar inicio a la correspondiente campaña de prevención.

Modelo de terapia psicológica utilizada

Control de Tabaquismo con hipnosis Ericksoniana

Introducción

La mayoría de los fumadores están conscientes de los problemas de salud que ocasiona el tabaquismo y aun así continúan fumando en algunos casos, por la dificultad que atribuyen al abandono del hábito, ya que la nicotina es un alcaloide más tóxico que la heroína (Lynn, Neufeld, Rhue, & Matorin, 1997) clasificado como una droga, según los criterios del DSM-IV (APA, 1995).

El hábito de fumar es un proceso que se desarrolla en tres etapas (Leeventhal & Cleary, 1980): la iniciación del consumo, el mantenimiento de la conducta adictiva al tabaco y el abandono. En la primera intervienen los siguientes factores: de predisposición, características sociodemográficas, disponibilidad, costo económico, publicidad y presión social al consumo, factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos, carencia de estrategias adecuadas para afrontar el aburrimiento, el control de peso corporal y efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos (Becoña, 1994).

Diversos estudios han mostrado que las variables psicológicas que influyen en el mantenimiento del uso de tabaco son la ansiedad y el afrontamiento frente al estrés (Lichrenstein, 1982; López & Buceta, 1996). Por lo que se refiere a los efectos farmacológicos, según el modelo de la regulación de la nicotina (Schachter et al., 1977) el mantenimiento de la conducta adictiva tiene como fin mantener un nivel determinado de esta sustancia en el cuerpo (Sarafino, 1990).

La conducta de fumar es aprendida y generalizada, caracterizada por una dependencia psicológica cuya tolerancia la conduce a la dependencia física por el efecto adictivo de la nicotina. Cada vez que una persona fuma, ya sea por los efectos placenteros que percibe, por determinadas atribuciones o por evitar los síntomas de la abstinencia, está reforzando su hábito: fumar en distintos lugares y situaciones generaliza la conducta aprendida y convierte a esas situaciones en estímulos discriminativos, asociados con una conducta gratificante, que en el futuro lograrán que sea voluntaria la conducta de fumar.

Respecto a la etapa de abandono, uno de los factores determinantes es la aplicación de estrategias de afrontamiento ante las recaídas (Shiffman & Wills, 1985). De hecho, un predictor de la abstinencia a largo plazo es la capacidad que el fumador percibe que tiene que afrontar las situaciones de alto riesgo de recaída (Marlatt & Gordon, 1985). Otro aspecto importante en esa etapa es la motivación para dejar de fumar (Hajek, 1991; Perry & Mullin, 1975). Por otra parte, las variables que dificultan esta etapa de abandono son: el estrés, la depresión, el neuroticismo, el aumento de peso y el síndrome de abstinencia (Bayot & Capafons, 1995; Gritz, Carr, & Marcus, 1991; Perkins, 1993).

Los programas multicomponente suelen constar de tres fases: la de preparación, en la que el principal objetivo es aumentar la motivación; la del abandono en la que se aplican técnicas específicas para dejar de fumar; y la de mantenimiento, que consta de sesiones de apoyo para mantener las ganancias del tratamiento (Lichtenstein & Mermelstein, 1984).

Determinado tipo de tratamientos, en especial, los que tratan hábitos, van encaminados a que el paciente controle sus emociones y sensaciones mediante el aprendizaje de ejercicios basados en el recuerdo sensorial. La hipnosis le permitirá aprender con más rapidez y menos esfuerzo activar determinadas reacciones y automatizarlas para que se pongan en marcha cuando sean necesarias.

Esta técnica es útil también para sustituir las actitudes que mantienen el hábito por pensamientos y conductas más positivas y saludables, así como para reestructurar los pensamientos negativos, que actúan como auto-sugestiones, referidos a la capacidad propia para dejar de fumar, Golden et al (1987). Se distinguen tres categorías de pensamientos negativos que mantienen la adicción: pensamientos de baja tolerancia a la frustración en cuanto al abandono. Pensamientos de reproche por ser débil la persona y padecer este hábito, y excusas con las que los fumadores se engañan a ellos mismos justificando su adicción.

Tratamiento

La hipnosis ericksoniana tiene sus bases epistemológicas (Nuñez 2000) en :

- a) Teoría psicoanalítica.
- b) Teoría General de Sistemas.
- c) Constructivismo.
- d) Construcciónismo social.
- e) Teoría de la Comunicación Humana.

El tratamiento con hipnosis ericksoniana tiene como objetivo que los pacientes dejen de fumar reduciendo en lo posible las molestias por el síndrome de abstinencia y el aumento de peso, así como mantenerse en las ganancias obtenidas en el tratamiento

Se siguen cinco pasos básicos en un trance hipnótico:

1. Objetivo del trance.
2. Inducción del trance.
3. Realidad interior.
4. Sugestiones.
5. Cierre del trance.

Esto se lleva a cabo en diez sesiones grupales a razón de una por semana. Cada sesión dura dos horas, además de 5 sesiones grupales de control de estrés.

El seguimiento se lleva por vía telefónica cada mes y/o mediante la asistencia del paciente al Club del Ocio Saludable, el cual consta de una reunión mensual de dos horas, cuyo objetivo es el aprendizaje y el óptimo aprovechamiento del tiempo libre, en forma saludable (promoviendo la salud, con ausencia de la necesidad de tabaco, alcohol u otra(s) droga(s)).

Estudios médico psicológicos utilizados.

Historia clínica; cuestionario de dependencia a la nicotina de Fagerström (FTQ Fagerström, 1978); Russell; cuestionario AUDIT, para identificar trastornos por el consumo de alcohol; Historia psiquiátrica estandarizada (IMP); Cuestionario de síntomas SRQ- OMS (Self Reporting Questionnaire); Escala de Hamilton (trastornos afectivos), Escala de Ansiedad Social de Liebowitz; Escala de Montgomery- Asberg (MADRS) (depresión), Cuestionario de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel; y estudio socioeconómico.

La integración de la historia clínica se lleva a cabo con los diagnósticos: médico, nutricional, odontológico, optométrico, psiquiátrico toxicológico, familiar y social, destacando la importancia de que de su colaboración, constancia y motivación, dependerá el éxito del tratamiento.



Desglose de técnica terapéutica:

SESIÓN	OBJETIVO
1. Introducción	<ul style="list-style-type: none"> — Presentación. — Expectativas. Es importante conocer las expectativas del paciente, pues hacerlo es uno de los mejores predictores de éxito en los procedimientos psicológicos, así como uno de los posibles procesos que pueden explicar el cambio terapéutico. Se ha observado que las personas que más cambian sus expectativas son quienes con mayor frecuencia abandonan el tratamiento (Bayot et al., 1995). Se explorará el conocimiento del paciente acerca de su adicción; de ser necesario se le instruirá en el tema, proporcionándole información sobre las propiedades del componente de su adicción y las consecuencias sobre su salud. Inclusive se le proporcionará material por escrito. (Información, Mitos, etc.). — Familiograma. Antecedentes de adicciones en la familia (proporcionar familiograma). — Ubicar en qué parte del proceso espiral de Prochaska, se encuentra el paciente a fin de elaborar la estrategia apropiada para que consiga controlar el tabaquismo. — Concientizar: ¿Qué es lo que precisamente ahora hace para pedir ayuda? ¿Con quién estaría comprometido en el proceso de recuperación, además de consigo mismo? <ul style="list-style-type: none"> • Información: Se presentará al grupo el programa de tratamiento de 10 sesiones analizando con los pacientes las "ventajas" (ganancias secundarias) y desventajas del fumar. <ul style="list-style-type: none"> No se les impone una sesión para dejar de fumar, como en el tratamiento cognitivo conductual, se les dice que en el curso de las diez sesiones irán dejando de fumar cada uno a su propio ritmo y estilo, sin sufrimiento. Al final de las 10 sesiones, se elaborará un contrato de emergencias para atender las recaídas en caso de ser necesario. • El terapeuta es quien va a apoyar al paciente en la recuperación después de una recaída. Por ello es muy importante que el paciente sienta ayuda incondicional del terapeuta en esos momentos. • Para dar dirección a la mente inconsciente, en ocasiones también el terapeuta tendrá que ser directivo con el paciente, por ejemplo en el momento de transición de una etapa a otra en el proceso de espiral. • Conceptos: mente inconsciente (MI), realidad interior (RI). • Se interroga al paciente sobre las expectativas, creencias, mitos, tratamiento, soluciones intentadas, etc., se lee y se firma el contrato terapéutico. • Se explica la estructura del tratamiento destacando la importancia de su colaboración, constancia y motivación. Asimismo se explica la importancia de recuperar un mayor auto-control sobre su conducta, de mantenerse en el tratamiento de seguimiento y acerca de los recursos de terapia se sustitución de nicotina para disminuir los síntomas de síndrome de abstinencia. También se hace énfasis en la importancia de la respiración en el proceso para dejar de fumar.

- Se aplica la técnica: "Realidad interior del hábito", cuyo objetivo es investigar la relación de la realidad interior de la conducta de fumar, así como las emociones y personas ligadas con el control del tabaquismo y su rigidez.
 - Por último, se acuerda la realización de una tarea en la que registrara los cigarrillos fumados y los deseados pero **no** fumados reportándolo en la hoja de registro que proporciona el INER, fumando lo que siempre ha fumado sin hacer nada para modificarlo, sólo observando su conducta y reportándola en la hoja de registro.
-
2. En esta sesión, que tiene lugar una semana después, se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente y lo reportado en la hoja de registro de cigarrillos. Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y de los sentimientos y emociones que van apareciendo.
- Se aplica el cuestionario sobre motivos de fumar y se reflexiona sobre el mismo.
 - Se proporciona hoja de "Familias de Sentimientos" para su conocimiento y reflexión (y como ayuda para el llenado de la hoja de registro diario de cigarrillos). Metáfora del Cuento de las Emociones.
 - Se aplica la técnica: las partes en conflicto. Una decisión como la de dejar de fumar, genera conflicto interno entre dos partes, la que sí quiere dejar de fumar y la que sí quiere seguir fumando. Por lo tanto, el objetivo es trabajar con el conflicto interno dividido, para transformarlo en fuerza saludable para dejar de fumar.
 - Se aplica la técnica: "La meta de los cigarrillos", cuyo objetivo es detectar la meta de cigarrillos que la realidad interior de la mente inconsciente está dispuesta a disminuir de una sesión a otra para dejar de fumar sin lastimarse.
 - Se registra la meta de cigarrillos para la siguiente sesión
 - Se dan algunos datos médicos sobre los beneficios de dejar de fumar para aumentar el interés del paciente en los efectos positivos si deja de fumar.
 - Como tarea, se indica a la paciente que siga con el auto-registro de cigarrillos, auto-observándose.
-
- 3.- Investigación y aplicación
- En esta sesión se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente, lo reportado en la hoja de registro de cigarrillos y lo sucedido con la meta de cigarrillos. Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y el sentimiento y las emociones que van apareciendo.
 - Se aplica la técnica: "La fuerza de tus recursos internos" cuyo objetivo es conocer la fortalezas inconscientes que se manifiestan en la realidad interior de la mente inconsciente a través de los recursos, permitiendo trabajar con la auto-eficacia del paciente, fortaleciéndolo ante las recaídas.
 - Como tarea, se indica a la paciente que siga con el auto registro de cigarrillos, auto observándose.
-
- 4.- Investigación y aplicación
- En esta sesión se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente, y lo reportado en la hoja de registro de cigarrillos y lo sucedido con la meta de cigarrillos. Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y los sentimientos y las emociones que van apareciendo.
 - Se aplica la técnica: "Desarmando el automático", que permite conocer el proceso que sigue el automático ante las pautas secuenciales de conductas de fumar, para desarmarlo y revertir el proceso, dejando en su elección "No fumar".



Aproximadamente el 50% de los cigarros se fuman en "automático", es decir, no participa la mente inconsciente en la decisión de fumar. Son cigarros que por lo general no se disfrutan y su función no atenúa ninguna emoción.

- A partir de esta sesión se van verificando posibles desplazamientos del síntoma y los sueños.
 - Se registra la meta de cigarros para la siguiente sesión.
 - Como tarea, se indica a la paciente que siga con el autoregistro de cigarros, auto-observándose.
-
5. Investigación y aplicación
- En esta sesión, se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente, y lo reportado en la hoja de registro de cigarros y lo sucedido con la meta de cigarros. Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y los sentimientos y las emociones que van apareciendo, así como los sueños y posibles desplazamientos del síntoma.
 - Se aplica la técnica: "Dejando el cigarro por paquetes". Fumar cigarros cubre ciertas necesidades del individuo que no habían sido satisfechas. Repartirlas en paquetes permite ir resolviendo cada una por separado (según el cuestionario de motivos y el registro diario de cigarros)
 - Se proporciona material a los pacientes como *Recomendaciones para mantenerse sin fumar*, publicado por el INER.
 - Se registra la meta de cigarros para la siguiente sesión
 - Como tarea, se indica a la paciente que siga con el auto registro de cigarros, auto-observándose.
-
6. Investigación y aplicación
- En esta sesión se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente, así como lo reportado en la hoja de registro de cigarros y lo sucedido con la meta de cigarros. Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y los sentimientos y las emociones que van apareciendo, así como los sueños y posibles desplazamientos del síntoma.
 - Se aplica la técnica: "Renegociando con el placer" cuyo objetivo es dejar de fumar placenteramente. Para sostenerse sin fumar sólo se puede hacer por la vía del placer, es decir a través de un placer que no lastima a nadie.
 - Se registra la meta de cigarros para la siguiente sesión. (Algunos pacientes ya dejaron de fumar).
 - Como tarea, se indica a cada paciente que siga con el auto registro de cigarros, auto-observándose; apuntando cuantos cigarrillos fuma cada día y cuántos ha deseado pero no se ha fumado, disfrutando el placer de sostenerse en dejar de fumar.
-
7. Investigación y Aplicación
- Se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente, y lo reportado en la hoja de registro de cigarros y lo sucedido con la "Meta de cigarros". Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y los sentimientos y emociones que van apareciendo, así como los sueños y posibles desplazamientos del síntoma.
 - Se aplica la técnica: "Escala para control del deseo de fumar". El objetivo es tomar el control sobre el deseo de fumar.
 - Se registra la meta de cigarros para la siguiente sesión. (Algunos pacientes ya dejaron de fumar).

	<ul style="list-style-type: none"> • Como tarea, se indica al paciente que siga con el auto registro de cigarros, auto-observándose; apuntando cuántos cigarrillos fuma cada día y cuantos ha deseado pero no se ha fumado; controlando el deseo de fumar, disfrutando el placer se sostenerse en dejar de fumar.
<p>8.-Investigación y aplicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente y lo reportado en la hoja de registro de cigarros y lo sucedido con la "Meta de cigarros". Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y los sentimientos y emociones que van apareciendo, así como los sueños y posibles desplazamientos del síntoma. • Se da la platica sobre " Nutrición y cambios metabólicos en el proceso de dejar de fumar" . • Se aplica la técnica: " La fuerza de voluntad" . El objetivo es separarse de una relación que lastimaba, para cambiarla por una mas saludable con ausencia de consumir tabaco. • Se entremezcla la técnica: " Para evitar subir de peso" , cuyo objetivo es trabajar con la mente inconsciente para resolver las dificultades que se pueden presentar en relación al incremento de peso y los efectos de la nicotina. • Se platica la metáfora " El caballo y el jinete" . • Se registra la meta de cigarros para la siguiente sesión, reforzando positivamente a los que ya dejaron de fumar. • Como tarea, se indica a la paciente que siga con el auto registro de cigarros, auto-observándose; apuntando cuantos cigarrillos fuma cada día y cuántos ha deseado pero no se ha fumado; controlando el deseo de fumar, aplicando el auto registro de la fuerza de voluntad, disfrutando el placer se sostenerse en dejar de fumar.
<p>9. Investigación, aplicación, registro</p>	<p>Se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente y lo reportado en la hoja de registro de cigarros y lo sucedido con la "Meta de cigarros". Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y los sentimientos y emociones que van apareciendo, así como los sueños y posibles desplazamientos del síntoma.</p> <p>Se aplica la técnica:" La recaída", cuyo objetivo es conocer y desarrollar las habilidades necesarias para sostenerse en el control del tabaquismo, "jugando" únicamente en esta sesión con una recaída.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se registra la meta de cigarros para la siguiente sesión. • Como tarea, se indica a la paciente que siga con el auto registro de cigarros, auto-observándose; apuntando cuantos cigarrillos fuma cada día y cuántos ha deseado pero no se ha fumado; controlando el deseo de fumar, aplicando el auto registro de la fuerza de voluntad, disfrutando el placer se sostenerse en dejar de fumar.



-
10. Investigación aplicación, registro
- Se investiga lo sucedido entre la sesión pasada y la presente y lo reportado en la hoja de registro de cigarros, y lo sucedido con la "Meta de cigarros". Se hace un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado y los sentimientos y emociones que van apareciendo, así como los sueños y posibles desplazamientos del síntoma.
 - Se aplica la técnica: "La despedida del cigarro", cuyo objetivo es trabajar con el duelo por la separación con el cigarro y su significado, quedando introyectado lo bueno de esa experiencia sintiéndose fortalecido (el paciente) por lo aprendido.
 - Una vez que el paciente ha conseguido dejar de fumar y se ha concluido con lo indispensable, firmamos un convenio con el paciente para que ante cualquier amenaza de recaída se ponga en contacto con nosotros y poder apoyarle con dicha situación.
-

Control de Estrés

Las situaciones de alto riesgo asociadas a episodios de recaída son los conflictos interpersonales, los estados emocionales negativos y la presión social (Echeburúa, 1994).

En cada una de las sesiones se utiliza el instrumento: "Diario de a bordo" (IMHECM) para ir registrando horario, lugar, situaciones estresantes, emociones, pensamientos, grado de malestar y resolución de las mismas. El objetivo es "conectarlos en el presente: aquí y ahora", al mismo tiempo que se sitúan a la distancia saludable de la situación estresante al "auto observarse".

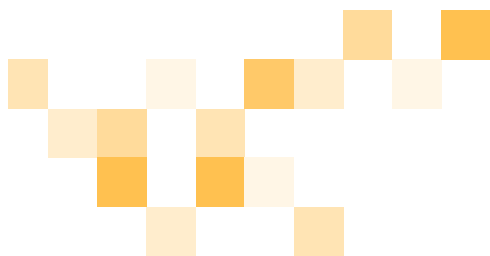
Se brinda información médica acerca de lo que es el estrés, formas de afrontamiento, evitación, cooperación y negociación que apoyan el bienestar, así como mitos y fantasías; conocimiento del lenguaje corporal y de la propia personalidad para control y manejo del estrés.

En cada sesión se aplican técnicas hipnóticas estructuradas por el Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, de relajación terapéutica, de trastornos psicósomáticos y de control de estrés con autohipnosis.

Seguimiento

Tanto para el control de tabaquismo como en control de estrés se llama a los pacientes por teléfono dos semanas después y posteriormente cada mes para que participen en el Club del Ocio Saludable, o cada mes por vía telefónica, totalizando dos años de seguimiento.

La terapéutica farmacológica se lleva a cabo con chicles y parches, según el grado de dependencia física.



CLÍNICA CONTRA TABAQUISMO: Universidad Nacional Autónoma de México / Facultad de Medicina
 NIVEL DE ATENCIÓN: Institución de Educación Media Superior y Superior
 ANTIGÜEDAD: 18 meses

INFRAESTRUCTURA

CONSULTORIOS: 1 ÁREA PARA SESIONES: 1 OTROS: Laboratorio de toxicología completo

RECURSOS HUMANOS

1 Coordinador
 2 Psicólogos
 1 Médico General de apoyo

POBLACIÓN ATENDIDA

	ABIERTA: <u>Sí</u>	DERECHOHABIENTES: <u>Sí</u>	<u>Estudiantes y trabajadores UNAM</u>
NÚMERO DE PACIENTES POR GRUPO:	<u>10-15</u>	PERIODICIDAD DE LAS SESIONES (POR SEMANA):	<u>1</u>
NÚMERO DE SESIONES:	<u>12</u>	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES:	<u>50</u>
DURACIÓN DE LA SESIÓN (MINUTOS):	<u>90</u>	TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS:	<u>200</u>

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Edad de 16 a 65 años
2. Ambos sexos
3. Historia de tabaquismo de por lo menos tres años continuos, al menos un cigarro diario
4. No tener dependencia al alcohol o a otras drogas
5. Estar motivado para dejar de fumar
6. No tener ningún trastorno médico inestable (incluidos los psiquiátricos)
7. Tener buenas condiciones generales de salud para acudir al hospital y a las sesiones de la clínica
8. Aceptar participar voluntariamente en el programa
- 9.
- 10.

INTEGRACIÓN DE LOS GRUPOS

EDAD:	HORARIO DE ATENCIÓN: <u>X</u>
GÉNERO:	NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS:
NIVEL SOCIOECONÓMICO:	NO HAY CRITERIO ESPECÍFICO:

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

	AL FINALIZAR	AL AÑO	A LOS 5 AÑOS
	<u>80 - 90</u>	<u>40</u>	



ELABORACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA GENERAL

LABORATORIO:	SÍ	NO	GABINETE:	SÍ	NO
Biometría hemática	X		Evaluación cardiorrespiratoria:		
Química sanguínea	X		• Tele de tórax	X	
General de orina	X		• E.C.G.	X	
Perfil de lípidos	X		Pruebas funcionales:		
Citología de expectoración			• Exhalación de monóxido de carbono		
Antidoping			• Espirometría	X	
Cotina	X				
Otros (Citología nasal)	X				

VIGILANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA

MECANISMO DE LOCALIZACIÓN:	TELÉFONO: X	CITA: X	VISITA POR TRABAJO SOCIAL:	OTRO:
PERIODICIDAD:	MENSUAL: Durante un año			
REUNIÓN DE PERSONAS REHABILITADAS:	Sí, 12 reuniones mensuales, además de una reunión anual			

COSTO

A) CUOTA DE RECUPERACIÓN	Público en general: \$2,050.00 Los alumnos y tabajadores de la UNAM reciben un descuento del 50%. Incluye terapia, exámenes de laboratorio y terapia de reemplazo de nicotina.
B) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	
C) OTROS	

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Una de las características de la Clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM es funcionar de manera conjunta con un laboratorio de toxicología de la nicotina. En conjunto forman el "Programa de Investigación en Tabaquismo", que tiene como objetivo realizar investigación básica, clínica y epidemiológica relacionada con esta área.

Objetivo General

Brindar ayuda profesional de alta calidad para promover y facilitar el abandono de la adicción al tabaco, a través de las actividades de un grupo multidisciplinario y de tratamientos farmacológicos y psicológicos, previniendo, mediante el diagnóstico oportuno, los daños a la salud asociados con esta adicción.

Objetivos Específicos

- a) Evaluar la eficacia y seguridad de los diversos tratamientos farmacológicos utilizados para la cesación del tabaquismo.
- b) Sensibilizar a los asistentes a la Clínica Contra el Tabaquismo a través del conocimiento de la importancia y los beneficios que genera la cesación del tabaquismo, tanto en términos de salud como de calidad de vida.
- c) Brindar el tratamiento farmacológico más apropiado a cada uno de los fumadores, de acuerdo a las características de su adicción a la nicotina.
- d) Reducir al mínimo, a través del tratamiento farmacológico y psicológico, el síndrome de abstinencia que se presenta en los fumadores al cesar abruptamente el consumo de tabaco.
- e) Proporcionar conocimientos y estrategias que permitan al ex fumador evitar una recaída.
- f) Informar de manera intencionada sobre los daños a la salud producidos por la exposición involuntaria o pasiva al humo de tabaco, así como de las principales medidas de protección.
- g) Fomentar en los asistentes a la Clínica Contra el Tabaquismo, mediante diversas estrategias de difusión, estilos de vida saludables como una forma de fortalecer su tratamiento, pero también para mejorar su calidad de vida.
- h) Incrementar la autoestima de los asistentes, para promover el auto cuidado de su integridad personal.
- i) Proporcionar no solamente a la población universitaria, sino también a la población en general una opción para el tratamiento de la adicción a la nicotina.
- j) Sensibilizar a la población de la Facultad de Medicina, hacia una cultura "anti-tabaco".
- k) Promover una "Facultad de Medicina Libre de Humo de Tabaco".
- l) Informar a la población en general sobre los daños asociados al tabaquismo.
- m) Desarrollar estrategias de difusión específicamente diseñadas de acuerdo a las características de la población estudiada.
- n) Establecer mecanismos de evaluación y seguimiento de las acciones implementadas, que permitan determinar su impacto en la población.
- o) Formar recursos humanos capacitados en la prevención y tratamiento de la adicción a la nicotina.
- p) Organizar eventos de difusión en diversos medios de comunicación y en la misma Facultad, en conmemoración del Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo).
- q) Organizar un banco de información constituido por libros, artículos científicos, revistas de difusión, carteles, trípticos, videos, discos compactos y material diverso de consulta que apoye a los asistentes a la clínica y a profesionales interesados en el tema.

Modelo o técnica de terapia psicológica

Se utiliza la Terapia Cognitivo Conductual y el programa de la clínica se basa en la Terapia Racional Emotiva, que ayuda al paciente a liberarse de la adicción a la nicotina y a mantenerse sin fumar, mediante el conocimiento de los efectos nocivos de la droga que consume, así como de diversas estrategias para resolver el estrés y otras emociones negativas sin necesidad de consumir.



Utilización de las Fases Descrietas por Prochaska y Di Clemente

Estos investigadores establecieron las fases por las que la mayor parte de los fumadores atraviesan desde que se inician en el consumo del tabaco hasta que lo abandonan. En la Clínica contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina se utiliza el conocimiento y descripción de cada una de estas fases, mediante un interrogatorio al paciente en su primera entrevista. De esta manera es posible ubicar su estado de motivación, para dejar de fumar y su mayor o menor inclinación a realizar un intento serio de abandono; lo anterior determinará además la actitud terapéutica que se tendrá con éste y nos permitirá instaurar, junto con los resultados de otras pruebas, el tratamiento más adecuado para cada fumador.

Este es un indicador que no se puede utilizar de manera aislada, sino en combinación con la batería de cuestionarios que se aplican durante la entrevista inicial.

Estudios o Pruebas Psicológicas

En la Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina se aplican las siguientes pruebas, en diferentes periodos del tratamiento. En el caso de las pruebas para evaluar la depresión y la ansiedad, se repiten dos veces durante el tratamiento de tal manera que permitan evaluar el estado del paciente. La prueba de Fagërstrom es la única que se aplica en la fase de pre-tratamiento.

Fagërstrom: Se utiliza para determinar el grado de dependencia física y como un apoyo para definir el tipo de tratamiento farmacológico más adecuado para cada paciente.

Prueba de Depresión de Beck: Se utiliza para conocer el estado de ánimo del paciente, particularmente si presenta un cuadro de depresión y la magnitud de ésta (leve, moderada y grave); el resultado de la escala brindará además un indicador de la eficacia del tratamiento en el manejo de la dependencia psicológica.

Prueba de Ansiedad de Russell: Esta escala se utiliza para conocer los motivos más frecuentes que llevan a un paciente a fumar, de acuerdo a una serie de posibles situaciones relacionadas con el estrés. Este parámetro se puede correlacionar con diferentes tipos de fumadores.

Modalidades de Terapia Psicológica

Dentro de la Clínica actualmente se manejan dos tipos de modalidades:

Grupal: Se conforma por un grupo de un máximo de 16 personas y un mínimo de 10, las características o criterios para su formación se basa en la disponibilidad del paciente asistiendo en los horarios de la sesión, aunado al nivel de dependencia física a la nicotina y al tipo de tratamiento farmacológico indicado. Es recomendable que los grupos estén formados por pacientes que sigan el mismo tipo de tratamiento farmacológico. Dichos grupos se reúnen una vez por semana en la sesión terapéutica cuya duración es de dos horas durante las 10 primeras semanas del tratamiento.

Individual: Esta modalidad se lleva a cabo cuando el paciente tiene problemas de horario y no puede acudir a las sesiones terapéuticas. Asiste a la clínica una vez a la semana y la sesión dura una hora durante las primeras 10 semanas del tratamiento, incorporando posteriormente al paciente a la reunión de seguimiento que se lleva a cabo de manera grupal, durante los siguientes doce meses.

Otro motivo que determina la indicación de la terapia individual para un paciente, es la presencia de padecimientos psiquiátricos como esquizofrenia, anorexia, trastorno bipolar, etc., que impedirían una integración adecuada al grupo terapéutico.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES DE LA CLÍNICA.

Las sesiones se llevan a cabo una vez a la semana en los siguientes horarios:
miércoles o viernes de 9:00 a 10:30 horas y miércoles o jueves de 16:00 a 18:00 horas.

Sesión	Objetivo
1. Que el paciente conozca de manera general el contenido del programa de la clínica, el tipo de tratamiento farmacológico que va a utilizar y conceptos básicos relacionados con la adicción al tabaquismo (mecanismos de la adicción).	<ul style="list-style-type: none"> Integrar al paciente a la dinámica grupal mediante la expresión libre de sus expectativas sobre el tratamiento. Comprometer al paciente ante él mismo, ante el grupo y ante el terapeuta, a hacer su mejor esfuerzo para dejar de fumar, seguir las indicaciones y asistir a las sesiones. <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diapositivas. Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Contrato terapéutico. Cuestionario Beck de Depresión. Hojas de auto registro diario del número de cigarrillos consumidos.
2. Análisis de auto registro y fecha para dejar de fumar. Analizar el llenado de los auto registros junto con el paciente, evaluando la cantidad real de cigarrillos, los motivos, sentimientos y actividades relacionadas con su adicción.	<ul style="list-style-type: none"> Informar al paciente sobre el mecanismo de acción de la terapia farmacológica elegida, sus contraindicaciones y efectos colaterales. Informar al paciente de la fecha para dejar de fumar, indicar las ventajas de la cesación abrupta e invitarlo a realizar una " carta de despedida" . <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diapositivas. Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Hojas de auto registro. Cuestionarios de motivos para fumar. Escala de Ansiedad Breve. Información impresa sobre el medicamento elegido (puede ser terapia de reemplazo de nicotina o terapia no nicotínica), haciendo énfasis en las dosis, forma de administración, efectos adversos y contraindicaciones con otros medicamentos.
3. Síndrome de abstinencia. Orientar al paciente sobre el proceso de desintoxicación que se presenta al dejar de fumar y analizar a profundidad los signos y síntomas del síndrome de abstinencia que se presenta en su organismo al suspender súbitamente el consumo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> Que el paciente comparta con el grupo las ceremonias practicadas como despedida del cigarro, así como lo que significó esta adicción como parte integral de su vida. Que el paciente entienda cada uno de los signos y síntomas del síndrome de abstinencia y los sepa reconocer en su organismo. Que el paciente anote cuidadosamente los síntomas colaterales asociados a los medicamentos para la cesación de tabaquismo. <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diapositivas. Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Formatos de diarios para evaluar el Síndrome de Abstinencia. Formatos de sintomatología asociada con el consumo de medicamentos. Medicamento a utilizar (TRN o no nicotínica).



<p>4. Manejo de estrés. Que los pacientes aprendan la importancia de la relajación progresiva como una herramienta para el manejo del estrés y/o ansiedad que le produce dejar de fumar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar la información sobre el síndrome de abstinencia, describiendo las características y duración de cada uno de los síntomas <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diapositivas. Formato de Escala de Ansiedad de Beck. Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Formatos de sintomatología asociada con el consumo de medicamentos. Cassette de relajación. Medicamento a utilizar (TRN o NO nicotínica).
<p>5. Efectos del tabaco en el aparato respiratorio. Dar a conocer al paciente los principales daños que ocasiona el humo de tabaco en el aparato respiratorio y sus implicaciones económicas, familiares y sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar al paciente sobre los beneficios que se presentan después de haber cumplido una semana sin fumar. Motivar al paciente a mantenerse en abstinencia destacando el esfuerzo y compromiso adquirido por alcanzar con éxito la meta propuesta. Analizar las posibilidades de que presente una recaída y lo que implicaría en estos momentos del proceso. Invitar al paciente a que realice los ejercicios respiratorios de rehabilitación para fortalecer su capacidad pulmonar. <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diapositivas. Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Artículo "¿Sabe lo que ocurre cuando Fuma?". Ejercicios respiratorios de rehabilitación. Medicamento a utilizar (TRN o no nicotínica). Formatos de sintomatología asociada con el consumo de medicamentos.
<p>6. Nutrición y tabaquismo. Informar al paciente de las características y la importancia que tiene la alimentación balanceada, proporcionándole diferentes listas de alimentos que le permitan enriquecer en cantidad y calidad su alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Explicar al paciente las razones del incremento de peso que se presenta después de la cesación del tabaquismo. Enseñar al paciente a reconocer los alimentos más apropiados para la etapa en la que se encuentra. Concientizar al paciente de que toda alimentación debe adecuarse a su estatura, edad, actividad física. Analizar de manera práctica el índice de masa corporal. <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diapositivas. Tablas de nutrición. Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Medicamento a utilizar (TRN o no nicotínica). Formatos de sintomatología asociada con el consumo de medicamentos.

<p>7. Efectos del tabaco en el aparato cardiovascular. Informar al paciente sobre los riesgos que representa el tabaquismo en el aparato cardiovascular, así como los principales factores de protección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Motivar al paciente a continuar en abstinencia valorando los beneficios que ha adquirido en las cuatro semanas sin fumar. <p>MATERIALES: Diapositivas. Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Medicamento a utilizar (TRN o no nicotínica). Formatos de sintomatología asociada con el consumo de medicamentos.</p>
<p>8. Prevención de recaídas. Analizar junto con el paciente el Plan de Prevención de Recaídas, diseñado para enfrentar y manejar los posibles factores de riesgo que lo podrían llevar nuevamente a fumar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar al paciente a reconocer sus pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales que actúan en el proceso de una recaída. Concientizar al paciente sobre lo que significa una recaída y sensibilizarlo de la importancia del hecho de recaer. Proporcionar la información necesaria para que el paciente, identifique de manera individual las señales de alarma que existen en las fases del proceso de una recaída. <p>MATERIALES: Diapositivas. Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Plan de emergencia ante una recaída. Medicamento a utilizar (TRN o no nicotínica). Formatos de sintomatología asociada con el consumo de medicamentos.</p>
<p>9. Revisión del manual de prevención de recaídas. Analizar el Manual de Prevención de Recaídas y aclarar todas aquellas dudas del paciente sobre el manejo de una recaída.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Que el paciente evalúe el servicio que se le brindó en la Clínica Contra el Tabaquismo, así como el programa y el desempeño de cada uno de los miembros del equipo. Motivar y comprometer a cada participante a continuar con su seguimiento terapéutico de un año, como mínimo. <p>MATERIALES: Cuestionario de Depresión de Beck. Formatos de evaluación de la Clínica. Constancias.</p> <ul style="list-style-type: none"> A partir de este año se agregaron dos sesiones más como parte del tratamiento cuyo objetivo es reforzar y motivar al paciente sobre la importancia de mantenerse en abstinencia. Estas sesiones se llevan a cabo cada 15 días en los mismos horarios que el tratamiento.
<p>10. Evaluación del "craving". Evaluar el estado de abstinencia del paciente y discutir cuáles han sido las principales situaciones de riesgo a las que se ha enfrentado, así como las habilidades desplegadas para enfrentarlas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Que el paciente analice y evalúe sus principales situaciones de riesgo para volver a fumar. Que determine a través de una prueba cuantitativa sus creencias sobre el "craving" (deseo imperioso de fumar). Que el terapeuta guíe al paciente a través de "técnicas de imaginación de escenarios" y lo ayude a encontrar las herramientas más adecuadas para la prevención de recaídas. <p>MATERIALES: Registro de asistencia. Registro de control de peso y signos vitales. Escala de prevención de recaídas.</p>



11. "Alto Afectivo".

Que el paciente elabore y ponga en práctica su "alto afectivo", como una herramienta que le permitirá evitar la recaída.

- Motivar al paciente para que reflexione sobre las emociones o sentimientos, tanto agradables como desagradables, que anteriormente lo han llevado a volver a fumar.
- Que el paciente, ya consciente de estas emociones, elabore un símbolo que represente su "alto afectivo", una señal para detener estos sentimientos.
- Que el paciente elabore manualmente su "alto afectivo".
- Que el paciente coordine la realización de una pequeña sesión práctica en la que todo el grupo muestra su "alto afectivo" y analicen las situaciones en que éste se utilizará.
- Analizar las creencias disfuncionales de cada paciente con respecto al consumo de tabaco.

MATERIALES:

Diapositivas.

Registro de asistencia.

Registro de control de peso y signos vitales.

Material didáctico para elaborar el "alto afectivo", como cartulinas, hojas de colores, tijeras, crayones, pegamento, etc.

Cuestionario sobre creencias respecto al consumo de tabaco.

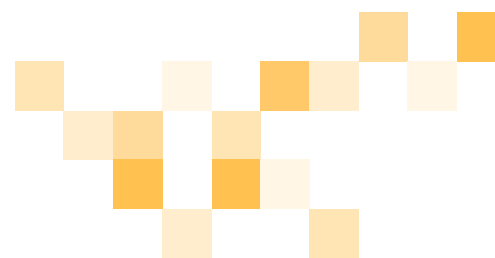
Comentarios finales

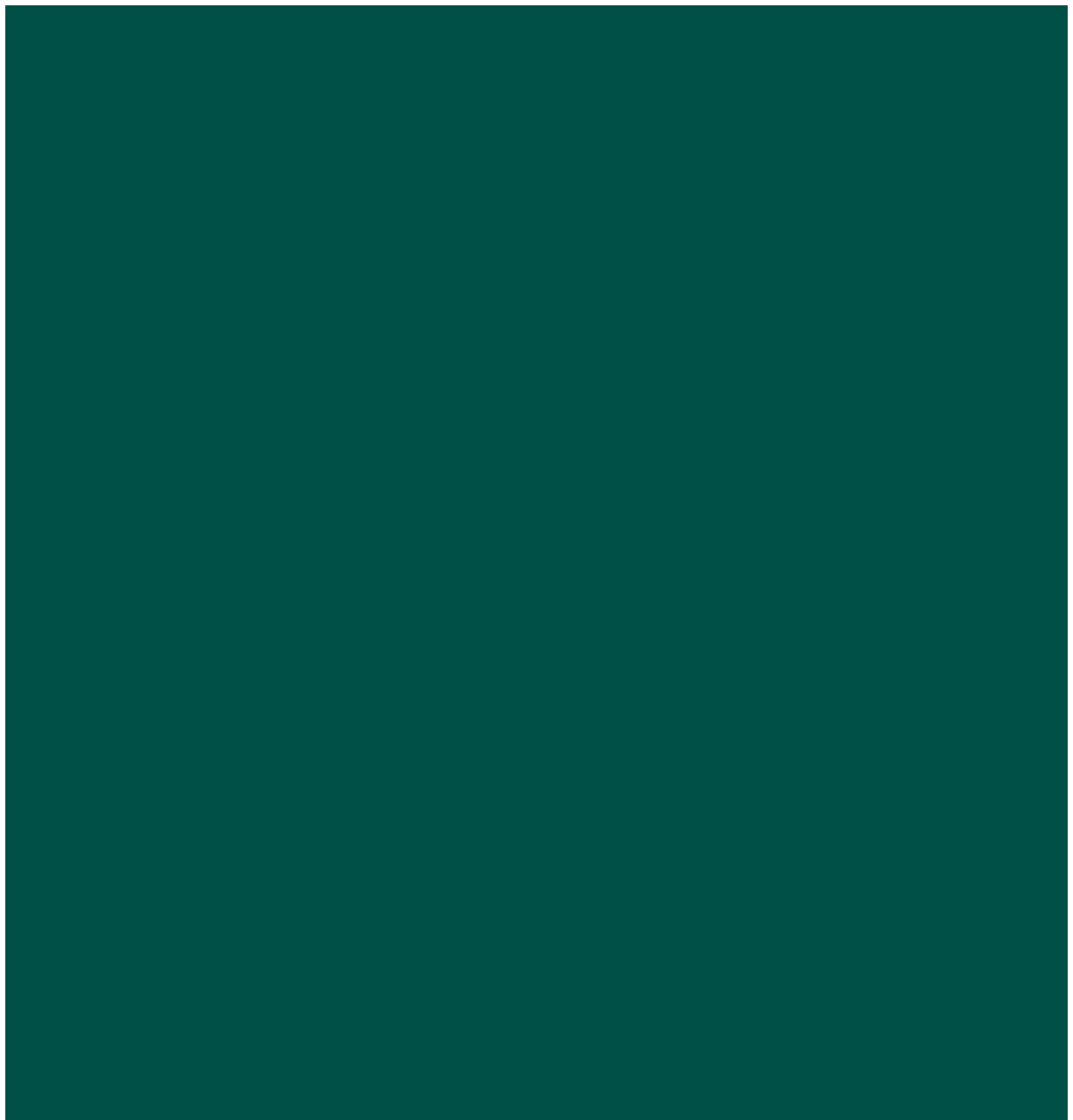
La asignación de la dosis de los medicamentos de reemplazo de nicotina es diferente de acuerdo al tratamiento que se lleva cabo en las diferentes clínicas. En la Clínica de la Facultad de Medicina es frecuente la utilización de terapias combinadas, de acuerdo a las características del paciente. Asimismo, es importante enfatizar que la utilización de estos medicamentos debe acompañarse del manejo psicológico, para que se obtenga una mayor eficacia en el tratamiento de cada paciente.

Recientemente se ha introducido en México el inhalador de nicotina (que por su diseño que incluye una boquilla con cartuchos de nicotina), se adapta exitosamente a las necesidades de los fumadores, especialmente los considerados sensoriomotores (tabaquismo por manipulación). Brinda una concentración de nicotina intermedia (5mg) entre la goma de mascar (2 mg) y los parches (5, 10, 15 mg / 16 horas o 7, 14, 21 mg / 24 horas), por lo que puede utilizarse en fumadores leves y moderados.

tratamientos farmacológicos utilizados

MEDICAMENTO	DOSIS	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
CHICLE DE NICOTINA 2mg	De 2 a 3 tabletas por día durante 7 semanas	Mastique muy lentamente, hasta lograr una masa aplanada que deberá colocarse entre la mucosa de la encía y el carrillo hasta que ya no perciba el sabor de la goma de mascar: aproximadamente cada 15 minutos vuelva a masticar lentamente y coloque de nuevo el chicle, de preferencia en el carrillo contrario. No consuma alimentos o beba café o refrescos antes de utilizar la goma de mascar porque se modifica la absorción de la nicotina.	No es recomendable para pacientes que utilizan prótesis dentales o presentan problemas importantes de gingivitis o infecciones periodontales.
INHALADOR DE NICOTINA 10 mg / 5 mg disponibles	2 cartuchos por día durante siete semanas	Inhale lentamente 2 o 3 pequeños volúmenes de aire a través del cartucho y mantenga el aire resultante en contacto con la mucosa de la cavidad bucal, o bien haga una inhalación profunda. Podrá percibir un ligero sabor a menta y los efectos de la nicotina. Cuando ya no perciba esa sensación, cambie de cartucho.	No se administre a pacientes con úlceras duodenales y gástricas mal controladas o sin tratamiento.
PARCHE TRANSDÉRMICO DE NICOTINA 15 mg- etapa inicial 10 mg- etapa intermedia 5 mg – etapa final Durante 16 horas	En la Clínica de la Facultad de Medicina no se utiliza en general la etapa inicial sino la intermedia durante 3 semanas, posteriormente la final durante dos semanas. Se debe finalizar con inhalador de nicotina durante dos semanas más, para lograr un total de 7 semanas de tratamiento.	Colocar el parche por la mañana después del baño sobre un área del cuerpo seca, sin heridas, limpia y de preferencia libre de vello, como el antebrazo o la parte externa del bíceps. Al retirar el parche antes de dormir, limpiar el área con jabón neutro o aceite para bebé. Al día siguiente colocar el nuevo parche en un área distinta a la del día anterior (la extremidad opuesta).	No deben utilizar el parche pacientes con trastornos dermatológicos generalizados crónicos, ni con padecimientos cardiovasculares mal controlados o sin tratamiento.
WELLBUTRIN (bupropión de liberación prolongada)	2 tabletas diarias de 150 mg = 300 mg por día durante ocho semanas	Tomar una tableta por la mañana y otra por la noche dejando pasar al menos 10 horas entre una y otra. La primera semana del tratamiento el paciente todavía fuma, pero establece su fecha para dejar de fumar a los ocho días después de haber iniciado el tratamiento.	No deben utilizarlo pacientes que estén tomando tranquilizantes, ansiolíticos o antidepresivos, así como pacientes bulímicos, anoréxicos o con antecedentes de epilepsia.





CONADIC



Salud

60 años
de servir a México
1943 - 2003



www.salud.gob.mx/unidades/conadic