

**Parte VIII.**  
Programas de  
cesación y opciones  
para dejar de fumar



**Artículo 14 del CMCT**



## Programas de cesación

La última de las medidas orientadas a reducir la demanda de tabaco está expresada en el artículo 14 del Convenio Marco para el Control del Tabaco y se refiere a que los países procurarán incluir en sus programas nacionales de salud servicios para tratar la dependencia a la nicotina y lograr el abandono del tabaco. Para ello se exhorta a cada Parte a idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos.

Asimismo, se hace un llamado a establecer en los centros de salud y de rehabilitación el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco, así como servicios de asesoramiento para la cesación en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales. Por supuesto, habrá que facilitar el acceso y la disponibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluyendo los productos farmacéuticos como medicamentos o medios diagnósticos.

# Clínicas contra el tabaquismo en México

Víctor Manuel Guisa Cruz,\* Jaime Quintanilla Bendek,\*  
Montserrat Lovaco Sánchez,\* Sara Alicia Torres Angeles,\*  
Guadalupe Ponciano Rodríguez,† América Morales Ruiz†

**S**e han diseñado varios métodos y técnicas para hacer frente al consumo de tabaco y ayudar a las personas a dejar de fumar. La modalidad más utilizada mundialmente es la de las denominadas clínicas contra el tabaquismo (CCT), conocidas también como clínicas para dejar de fumar o clínicas estructuradas.<sup>1</sup>

Las CCT se caracterizan por su flexibilidad, ya que pueden adecuarse a las necesidades de las instituciones donde se establecen, al número de miembros que conforman el grupo, a la cantidad de sesiones así como a los distintos contenidos educativos que en éstas se utilizan.<sup>1</sup> Su objetivo general es proporcionar tratamiento a los consumidores de tabaco para que puedan abandonar su adicción a la nicotina y llevar un estilo de vida más saludable.

En México, las CCT cuentan con un personal conformado cuando menos por un médico, un psicólogo, un coordinador y/o una trabajadora social. En estas clínicas se brinda servicio a la población abierta que desea dejar de fumar, aunque cada una tiene sus propios criterios de inclusión. El tratamiento de los pacientes consiste, principalmente, en terapias psicológicas basadas en la teoría racional emotiva de Ellis con técnicas cognitivo-conductuales y, en caso de ser necesario, en el uso simultáneo de terapias farmacológicas: terapia de reemplazo con nicotina (TRN) y terapia con bupropión. El tratamiento tiene una duración de 10 a 12 sesiones (una o dos veces por semana, dependiendo del programa de la clínica) que se imparten en dos modalidades: la grupal y la individual; en algunas clínicas también se cuenta con la modalidad familiar. Al concluir el tratamiento, se da un seguimiento de abstinencia por lo menos durante un año en reuniones mensuales o trimestrales (esto depende del programa de cada clínica). La cuota de recuperación para cada paciente se establece con base en su nivel socioeconómico. La efectividad del tratamiento varía entre 43 y 90% en el momento de finalizarlo y entre 35 y 54.1% después de

\* Centros de Integración Juvenil, México  
† Universidad Nacional Autónoma de México

un año de haberlo concluido.<sup>1,2</sup> Actualmente, México cuenta con más de 160 CCT, ubicadas en los tres niveles de atención médica y distribuidas en todas las entidades federativas de la República mexicana.<sup>3</sup> A continuación se presentan tres ejemplos del funcionamiento de las CCT en nuestro país.

## Clínicas contra el tabaquismo bajo la dirección de Centros de Integración Juvenil

En agosto del año 2001, la asociación civil Centros de Integración Juvenil (CIJ) se sumó a los esfuerzos para prevenir y tratar el tabaquismo en México y creó un programa para atender este problema.<sup>4</sup> Actualmente, esta asociación brinda atención a los fumadores en 63 unidades que abarcan casi todos los estados de la República mexicana (cuadro I). En las clínicas participan médicos generales, psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales cuyo proceso de capacitación está respaldado por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y por la amplia experiencia del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). El objetivo general de estas CCT es proporcionar tratamiento a los pacientes consumidores de tabaco para que logren dejar este hábito. El modelo de tratamiento para los fumadores que se utiliza en estas clínicas es el de terapia psicológica basada en la teoría racional emotiva de Ellis, con técnicas cognitivo-conductuales. Cuando es necesario, se usan simultáneamente intervenciones farmacológicas como las TRN y la terapia con bupropión.

Los *criterios de ingreso* a estas clínicas son los siguientes:

- Ser consumidor de tabaco.
- Estar en la fase de precontemplación o acción de acuerdo a las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (esta fase se determina mediante un interrogatorio en la primera entrevista con el paciente).
- Carecer de padecimientos psiquiátricos graves.
- Ser alfabeta.
- Asistir de forma voluntaria.

Cuadro I.  
Clínicas contra el tabaquismo, bajo la  
dirección de Centros de Integración Juvenil,  
en la República mexicana, por entidad  
federativa, 2004

Entidad federativa	No. de clínicas	Entidad federativa	No. de clínicas
Aguascalientes	1	Morelos	1
Baja California	3	Nayarit	0
Baja California sur	1	Nuevo León	2
Campeche	0	Oaxaca	0
Coahuila	2	Puebla	1
Colima	1	Queretaro	1
Chiapas	1	Quintana Roo	1
Chihuahua	2	San Luis Potosí	1
Distrito Federal	15	Sinaloa	5
Durango	1	Sonora	1
Edo. de México	6	Tabasco	0
Guanajuato	2	Tamaulipas	2
Guerrero	1	Tlaxcala	0
Hidalgo	1	Veracruz	2
Jalisco	6	Yucatán	1
Michoacán	1	Zacatecas	1

- Si el paciente reporta consumo de otras sustancias adictivas se le inscribe en el programa de tratamiento habitual de los CIJ y se valora su inclusión en el tratamiento para dejar de fumar, en forma paralela o al concluirlo.

El proceso de atención comienza con una valoración del paciente mediante la denominada *entrevista inicial* y la aplicación del cuestionario *Antecedentes y etapas de cambio*, para establecer el patrón de consumo de tabaco que presenta e identificar la etapa de cambio para dejar de fumar en la que se encuentra (a partir de estos datos se determina el tipo de intervención al que se someterá). A cada paciente se le realiza una *valoración socioeconómica* para conocer las influencias e interacciones entre el consumo de tabaco y el medio en el que se desenvuelve (familiar, escolar y laboral), el apoyo que puede recibir de su red social y los recursos con los que cuenta. Con base en los resultados de esta valoración se establece la cuota de recuperación.

En estas clínicas se manejan dos tipos de intervención. La primera es *la intervención básica o breve*, cuyo elemento fundamental es el consejo médico. Consiste en desarrollar acciones específicas para promover en el individuo fumador una percepción diferente del consumo de tabaco y motivarlo tanto a cambiar su conducta adictiva como a seguir un tratamiento de apoyo para dejar esta adicción. La segunda es *la intervención avanzada*, en la que se da tratamiento a los pacientes motivados y decididos a dejar el consumo de tabaco. Si el paciente se encuentra en la fase de precontemplación, se le canaliza a la intervención básica o breve para incluirlo posteriormente en la intervención avanzada. Los pacientes que ya se encuentran en la fase de acción son canalizados directamente a la intervención avanzada.

El médico realiza una *valoración médica* para determinar el grado de dependencia a la nicotina que presenta el paciente (mediante la aplicación del cuestionario de Fagerström) y valorar la conveniencia de utilizar alguna TRN. El paciente, de manera particular, debe tomarse una radiografía de tórax y realizarse los estudios de laboratorio y gabinete prescritos por el médico (estos estudios se practican de manera externa debido a que CIJ no cuenta con la infraestructura para ello). Asimismo, se practica una *valoración psicológica* y se establece, de manera conjunta con la información recabada en las valoraciones anteriores, un diagnóstico nosológico, psicológico y diferencial, para indicar al paciente las estrategias terapéuticas más adecuadas para él.

Al término del diagnóstico, previo al inicio del tratamiento cognitivo conductual, el paciente asiste a una sesión individual en la que se le proporciona la información del diagnóstico y del encuadre de tratamiento (lugar, horario, reglas, participación, etcétera). Se resalta el objetivo final, que es la supresión del consumo de tabaco, se aclaran las dudas que pueda tener el paciente y se abordan los posibles temores sobre su incorporación a un tratamiento en grupo o la posible utilización de fármacos. Hacia el final de esa consulta, el paciente recibe un formato con el contrato terapéutico, el cual analiza conjuntamente con el profesional encargado del tratamiento. Si el paciente está interesado en llevar a cabo el tratamiento, ambas partes firman el contrato. Posteriormente, el paciente inicia el tratamiento, que consiste en 10 sesiones de grupo dos veces por semana. Cada sesión tiene una duración de 90 minutos y es coordinada por un médico o por un psicólogo, en función de la temática. Estas sesiones se describen a continuación:

#### *Sesión 1. "Introducción"*

El paciente expresa las características de su adicción y lo que espera del tratamiento. Se le da a conocer el contenido de cada una de las sesiones, así como los determinantes que condicionan su adicción.

*Sesión 2. "Abstinencia"*

Se analizan las determinantes que condicionan el hábito tabáquico, se analizan los motivos de inicio y su "carrera" de fumador, así como los motivos del mantenimiento de la adicción, estos últimos en detalle.

*Sesión 3. "Abstinencia"*

En esta sesión se conocen y aprenden las estrategias para permanecer en abstinencia a partir de ese momento.

*Sesión 4. "Daños a la salud"*

Se identifican las alteraciones que el consumo de tabaco ocasiona en el organismo.

*Sesión 5. "Rehabilitación pulmonar"*

Se proporcionan a los pacientes, de manera objetiva, las bases científicas de los beneficios de dejar de fumar.

*Sesión 6. "Relajación muscular"*

Se desarrollan habilidades para el manejo de la técnica de relajación muscular.

*Sesión 7. "Publicidad y tabaquismo"*

En esta etapa se 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 en el consumo de tabaco.

*Sesión 8. "Cambios metabólicos"*

Se introduce al paciente a un nuevo estilo de vida mediante el uso del conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de nicotina y a su abstinencia.

*Sesión 9. "Reincidencia"*

En esta etapa se identifican los principales factores de riesgo para la reincidencia en el tabaquismo. Se reconfirma cómo enfrentar de una manera adecuada y asertiva tales situaciones.

*Sesión 10. "Análisis y conclusiones"*

Se realiza el análisis del aprendizaje obtenido para el manejo y control de la abstinencia mediante este programa cognitivo conductual para dejar de fumar.

Una vez concluido el tratamiento, los pacientes asisten a 12 sesiones mensuales de seguimiento, cuyo objetivo es indagar sobre el mantenimiento de su abstinencia y, en caso de ser necesario, elaborar recomendaciones para recuperarla. A los pacientes que presentan una dependencia alta de acuerdo a la puntuación obtenida en el cuestionario de Fagerström, y a quienes el médico estime necesario, se les prescribe TRN: chicle o parche transdérmico de nicotina. El uso de estos medicamentos debe iniciarse el mismo día en que se deja de fumar en la dosis prescrita por el médico. Esta última se va disminuyendo de manera gradual conforme avanza el tratamiento. El tratamiento farmacológico no debe superar los tres meses. Asimismo, a los pacientes que presentan una dependencia muy alta, se les prescribe adicionalmente el uso del bupropión para desaparecer o disminuir los síntomas de la abstinencia. Se recomienda iniciar el tratamiento con este antidepresivo cuando el paciente aún continúa fumando, con una dosis inicial de 150 mg dos veces al día, con un intervalo de por lo menos ocho horas entre dosis sucesivas, sin exceder los 300 mg diarios. Es importante mantener esta medicación por un período no menor a siete semanas.

En el marco de un abordaje integral multimodal, el programa de tratamiento del tabaquismo incluye tanto las terapias psicológica y farmacológica como las intervenciones psicoterapéuticas individuales y familiares y las sesiones de seguimiento al finalizar el tratamiento. En las CCT bajo la dirección de CIJ, el tratamiento se ofrece tanto a la población con adicción única al tabaco como a la población que, además de ser adicta al tabaco, consume otra(s) droga(s). Los resultados obtenidos, entre agosto del año 2001 y julio de 2003, muestran que aproximadamente 40% de la población adicta únicamente al tabaco y 35% de la población adicta a otra(s) droga(s) además del tabaco, logra su recuperación después del tratamiento.

---

## Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

La Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina (CCTFM), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se estableció el 31 de mayo del año 2001. Esta clínica constituye una parte integral del Programa de Prevención de Adicciones de la Facultad de Medicina, que tiene como objetivo, entre otros, contribuir a la formación de médicos no fumadores para que, en su ejercicio profesional, fortalezcan las acciones de prevención y control del tabaquismo entre la población.

El objetivo general de la CCTFM es brindar ayuda profesional de alta calidad para promover y facilitar el abandono de la adicción al tabaco. Esta clínica atiende principalmente a la comunidad universitaria, pero también da atención a la población general.

El modelo de la CCTFM es un programa de *Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo*, que considera fundamental la interacción de los elementos socioeconómicos, psicológicos y farmacológicos que dan origen a la adicción.<sup>5</sup> Este programa combina diversas técnicas, por lo que permite responder a las necesidades de un mayor número de fumadores, independientemente de su edad, su género y de que presenten o no alguna patología asociada con el consumo de tabaco. Este modelo contempla el manejo de la dependencia psicológica y de la dependencia física generadas por la adicción a la nicotina. Se ha desarrollado para optimizar recursos tanto humanos como económicos, y se basa en el trabajo de tres personas altamente capacitadas: un coordinador, un psicólogo y un médico.

El *coordinador* se encarga de buscar financiamiento para las actividades de la clínica; supervisa y planea las actividades del equipo; asigna tratamientos y supervisa su aplicación; se encarga del control de calidad de los estudios clínicos; compila la información relacionada con la eficacia del tratamiento; realiza actividades de docencia, difusión e investigación relacionadas con la clínica, y evalúa y retroalimenta el modelo. El *psicólogo* realiza la evaluación psicológica de cada paciente y lo asigna a terapia grupal o individual; integra los grupos; conduce las sesiones de terapia grupal; aplica los instrumentos del modelo (cuestionarios, escalas, etc.); brinda terapia individual; se encarga del seguimiento de los pacientes, y lleva a cabo labores de investigación relacionadas con el modelo. El *médico* realiza la historia clínica de cada paciente; evalúa los exámenes de laboratorio y gabinete; vigila el tratamiento farmacológico y, en caso necesario, lo modifica; si así lo requiere el paciente, lo canaliza con el especialista o servicio de salud adecuado.

El modelo para el tratamiento del tabaquismo de la CCTFM se basa en tres etapas:

## *Etapa 1. Pretratamiento*

A través de una llamada telefónica, el público interesado en el tratamiento recibe información sobre los servicios que brinda esta clínica, y puede inscribirse al programa si proporciona su nombre, número telefónico, edad, años que lleva fumando y número de cigarrillos que consume por día. Existe un registro de todas las llamadas que se reciben.

Posteriormente, el personal de la clínica se pone en contacto con cada paciente y se programa una cita para realizar una entrevista individual, que se lleva a cabo antes de incluir al paciente en terapia grupal o individual, de acuerdo con sus necesidades. La entrevista tiene una duración aproximada de 60 minutos y abarca aspectos de salud física y mental, así como características de la dependencia a la nicotina, e incluye los siguientes puntos:

- Familiograma del paciente,
- motivos por los que acude a la clínica,
- historia personal,
- desarrollo sexual,
- evaluación socioeconómica,
- antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica,
- enfermedades presentes,
- consumo actual de medicamentos,
- antecedentes de alcoholismo y/o otras adicciones,
- inicio del tabaquismo (edad, motivos),
- forma de consumo de tabaco,
- dependencia física a la nicotina (Prueba de Fagerström),
- intentos anteriores de cesación,
- terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo ya utilizadas,
- actividades relacionadas con el tabaquismo,
- sintomatología respiratoria asociada con el tabaquismo y
- en las mujeres, evaluación de tabaquismo en el embarazo.

Con esta información se toma la decisión de aceptar o no al paciente en la clínica, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

- Tener una edad mínima de 16 años,
- haber fumado en promedio un mínimo de cinco cigarrillos diarios durante el año anterior,
- presentar buenas condiciones generales de salud para acudir a las sesiones de la clínica,
- no tener enfermedades psiquiátricas o crónico degenerativas descompensadas o sin tratamiento médico,
- estar disponible para participar en el tratamiento durante al menos un año y
- aceptar participar voluntariamente en el programa.

### **Criterios de exclusión:**

- presentar alguna psicopatología grave,
- ser alcohólico,
- alcohólicos rehabilitados con menos de un año de abstinencia consolidada a través de un tratamiento reconocido,
- coexistencia del tabaquismo con otras adicciones, como consumo de marihuana, cocaína, anfetaminas, éxtasis, heroína, hongos alucinógenos, disolventes y/o fármacos de abuso,



- tener un grado de deterioro físico-psíquico que reduzca el nivel de entendimiento y comprensión para llevar a cabo el tratamiento,
- tener un trastorno médico inestable y
- en el caso de tratamiento con bupropión: tener predisposición a convulsiones, por ejemplo, aquellos pacientes que tengan historial o evidencia de trastorno convulsivo, entre las que se incluyen convulsiones febriles durante la infancia, la presencia de un tumor cerebral o de un trauma cráneo-encefálico grave, una historia familiar de trastorno convulsivo idiopático o que reciban tratamiento con medicamentos o regímenes de tratamiento que hagan descender el umbral para convulsiones; tener historia o diagnóstico actual de anorexia o bulimia; ser mujer embarazada o lactando; utilizar otros fármacos psicoactivos, como antidepresivos, ansiolíticos y/o tranquilizantes mayores.

En el caso de pacientes con enfermedades psiquiátricas tales como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia, que son las más frecuentes en la clínica, el psicólogo realiza una evaluación especial para determinar la factibilidad de su ingreso al tratamiento. Si un paciente con estas características es aceptado, se busca tener contacto directo con su médico para trabajar de manera coordinada durante su tratamiento. En la mayoría de estos casos se recurre a las sesiones de terapia individual.

Por otra parte, en el caso de pacientes alcohólicos o con otro tipo de adicciones, se canaliza al paciente al grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) que le corresponda o bien a los CIJ, a través del contacto directo con el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). En este tipo de pacientes es conveniente resolver primero las otras adicciones y posteriormente iniciar el tratamiento contra el tabaquismo.

## *Etapa 2. Tratamiento*

Se utilizan dos tipos de tratamiento: el psicológico y el farmacológico.

El *tratamiento psicológico* se brinda para la atención de la dependencia psicológica. El programa cognitivo-conductual de la clínica se basa en la teoría racional emotiva de Ellis, que ayuda al paciente a dejar el hábito tabáquico y a mantenerse sin fumar. El paciente recibe información sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco así como sobre las estrategias disponibles para resolver el estrés y otras emociones negativas sin necesidad del tabaco. Se manejan dos modalidades de tratamiento psicológico: la grupal y la individual.

En la *modalidad grupal* se conforman grupos de 10 a 15 pacientes que coinciden en el nivel de dependencia física a la nicotina, en el tipo de tratamiento farmacológico prescrito, así como en su disponibilidad para asistir en el horario de las 10 sesiones semanales de que consta el tratamiento. En esta modalidad, cada sesión tiene una duración de dos horas, está dirigida por un terapeuta especializado en terapia de grupo y es supervisada por la coordinadora de la clínica.

La *modalidad individual* se lleva a cabo cuando el paciente tiene problemas de horario y no puede acudir a las sesiones de grupo o cuando éste refiere tener algún padecimiento psiquiátrico controlado. El tratamiento mediante esta modalidad también consta de 10 sesiones semanales, básicamente con el mismo contenido que las grupales, pero de una hora de duración cada una.

A continuación se describen brevemente las 10 sesiones de que consta el tratamiento psicológico.

### *Sesión 1. "Presentación/Generalidades"*

Se da a conocer al paciente, de manera general, el contenido del programa y se presenta a los integrantes del grupo así como al personal de la clínica.

*Sesión 2. "Análisis de autoregistros e indicaciones sobre la terapia farmacológica"*

Se realiza un análisis exhaustivo de los autoregistros de cada paciente, y se evalúa la cantidad real de cigarrillos consumidos, la frecuencia de consumo, así como los motivos, sentimientos y actividades relacionados con su adicción.

*Sesión 3. "Síndrome de abstinencia"*

Se orienta al paciente sobre el proceso de desintoxicación que se presenta al dejar de fumar y se analizan a profundidad los signos y síntomas del síndrome de abstinencia que se pueden presentar en su organismo al suspender súbitamente el consumo de tabaco.

*Sesión 4. "Manejo del estrés"*

Se enseña al paciente la importancia que tiene la relajación progresiva como una herramienta para el manejo del estrés y/o ansiedad que le produce el dejar de fumar.

*Sesión 5. "Efectos del tabaco en el aparato respiratorio"*

Se dan a conocer al paciente los principales daños que ocasiona el humo de tabaco en el aparato respiratorio y sus implicaciones económicas, familiares y sociales.

*Sesión 6. "Nutrición y tabaquismo"*

Se informa al paciente de las características y la importancia que tiene llevar una alimentación balanceada, y se le proporcionan diferentes listas de alimentos que le permitirán enriquecer en cantidad y calidad su alimentación.

*Sesión 7. "Efectos del tabaco en el aparato cardiovascular"*

Se informa al paciente sobre los riesgos que representa el tabaquismo en el aparato cardiovascular, así como sobre los principales factores de protección.

*Sesión 8. "Fumadores pasivos"*

Se informa al paciente sobre los principales efectos que provoca en la salud la exposición pasiva o involuntaria al humo de tabaco.

*Sesión 9. "Prevención de recaídas"*

Se analiza 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.

*Sesión 10. "Prevención de recaídas"*

Se enfatiza la importancia que tiene el mantener la abstinencia del cigarro como la segunda meta del tratamiento contra el tabaquismo.

El *tratamiento farmacológico* se prescribe, en caso de ser necesario, de manera paralela al tratamiento psicológico para atender la dependencia física a la nicotina. Para asignar la mejor terapia farmacológica a los pacientes que la requieren, se realiza una reunión con los tres integrantes del modelo en la que se analizan la entrevista inicial del paciente y sus autoregistros de la primera semana de tratamiento psicológico. Las terapias farmacológicas que se utilizan son las TRN: chicle, inhalador o parches transdérmicos de nicotina y *la terapia con bupropión*. La asignación de la dosis de los medicamentos de reemplazo con nicotina depende de las siguientes variables:

- Edad (en menores de 20 años no se utiliza bupropión),
- dependencia física a la nicotina de acuerdo con la prueba de Fagerström,
- número de cigarrillos consumidos al día,

- forma de consumo de tabaco,
- antecedentes de utilización de TRN,
- antecedentes de utilización de bupropión,
- utilización de medicamentos como ansiolíticos, tranquilizantes mayores y antidepresivos,
- presencia de hipertensión arterial y cardiopatías y
- apego del paciente al tratamiento.

En esta etapa se evalúa el estado emocional del paciente; en particular, la presencia de depresión o ansiedad en él, mediante la aplicación de tres pruebas de evaluación psicológica: "Inventario de Depresión de Beck", "Prueba de Ansiedad de Beck" y "Diferentes tipos de Fumadores".<sup>6,7</sup> Estas pruebas se realizan en dos ocasiones durante el tiempo que dura el tratamiento.

### *Etapa 3. Seguimiento*

Después de terminar el tratamiento, los pacientes asisten mensualmente (en grupo), durante un año, a las reuniones de seguimiento que permiten evaluar el mantenimiento de su abstinencia. En esta etapa es posible detectar a tiempo a aquellos pacientes que, por diversas razones, recaen en el consumo de tabaco. Para la atención oportuna de las recaídas, en la CCTFM se estableció recientemente, dentro del modelo de tratamiento, un programa para la *atención de recaídas*. Este programa está basado, con algunas modificaciones, en los modelos de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon<sup>5</sup> y de Gorski y Millar,<sup>8</sup> y consta de cinco sesiones semanales con una duración de 120 minutos cada una. Su objetivo es ofrecer apoyo a los pacientes que vuelven a fumar, antes de que su adicción progrese a los mismos niveles que presentaban cuando iniciaron el tratamiento. Estas sesiones son las siguientes:

#### *Sesión 1. "¿Cómo recaí?"*

Se analizan junto con el paciente las situaciones que lo llevaron a recaer en el consumo de tabaco: se identifican los pensamientos, las emociones y las conductas involucradas en el proceso.

#### *Sesión 2. "Ansiedad - un factor de riesgo"*

Se brinda al paciente información sobre el concepto de ansiedad -sus orígenes, manifestaciones y tratamiento- y las estrategias para controlarla.

#### *Sesión 3. "¿Qué puedo hacer con mi enojo?"*

Se orienta al paciente sobre el uso de las técnicas para controlar y manejar el enojo.

#### *Sesión 4. "Cine - análisis"*

Se analiza, junto con el paciente, el comportamiento de personajes adictos a diversas drogas (nicotina, anfetaminas, cocaína, heroína) y se identifican las razones por las cuales éstos llegaron a la adicción.

#### *Sesión 5. "Solución de problemas - mantenimiento de la abstinencia"*

Se sensibiliza al paciente sobre la importancia de mantener la abstinencia y la trascendencia de aplicar activamente herramientas para solucionar los problemas de su vida cotidiana. En esta etapa del tratamiento también se introducen conceptos del programa de "Habilidades para Vivir - Una propuesta pedagógica para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales".<sup>9</sup>

Durante el tratamiento en la CCTFM, además de una *exploración física general* dirigida especialmente a investigar la presencia de signos relacionados con patologías asociadas al consumo de tabaco, semanalmente se realiza el re-

*gistro de las constantes físicas* (frecuencia cardiaca, tensión arterial y peso corporal) que se pueden modificar al dejar de fumar. Adicionalmente, para determinar el consumo de cigarrillos o la abstinencia, se realiza un ensayo radioinmunológico<sup>10</sup> para la *detección de cotinina* –el mejor biomarcador de exposición a humo de tabaco y el más frecuentemente utilizado–<sup>11</sup> en muestras de orina del paciente. Este último análisis se realiza cuatro veces durante el tratamiento: al finalizar la primera semana de tratamiento, al finalizar el tratamiento y a los seis y 12 meses del seguimiento.

Un mes después de que los pacientes dejan de fumar, se les solicitan los siguientes estudios:

- Electrocardiograma,
- placa de tórax,
- espirometrías (se realiza una al inicio del tratamiento, la segunda a los seis meses de abstinencia y la última a los 12 meses),
- biometría hemática,
- química sanguínea,
- citología nasal y
- examen general de orina.

Si se detecta alguna alteración importante en los resultados de estos estudios, se canaliza al paciente con el especialista que le corresponde. Asimismo, el médico elabora en sesiones individuales la *historia clínica* de cada paciente, la cual, además de los parámetros clásicos de este documento, comprende algunos de los propuestos por Solano<sup>12</sup> para conformar una historia clínica específica del fumador.

El programa de tratamiento multicomponente del tabaquismo, que se utiliza en la CCTFM, ofrece a los fumadores un tratamiento accesible con una alta eficacia (75% al finalizar el tratamiento y 54.1% a los 12 meses), involucra la participación de tan sólo tres profesionales del área de la salud y es ideal para aplicarse en el primer nivel de atención médica. Esta clínica, además de atender a los pacientes fumadores, realiza el estudio toxicológico de éstos; evalúa la eficacia y seguridad de los diversos tratamientos farmacológicos utilizados para el control del tabaquismo; participa en la formación de recursos humanos capacitados en la prevención y el tratamiento del tabaquismo; difunde, en foros académicos nacionales e internacionales, los resultados obtenidos en los diversos proyectos de investigación que realiza sobre tabaquismo. La CCTFM constituye un ejemplo a seguir en las escuelas y facultades de medicina de México.

---

## Clínica contra el tabaquismo del Instituto Politécnico Nacional

La clínica del Instituto Politécnico Nacional (IPN), en particular, utiliza como modelo de terapia psicológica para el tratamiento del tabaquismo la hipnosis Ericksoniana, y tiene la particularidad de brindar atención únicamente a estudiantes y trabajadores del IPN. En esta clínica, para el año 2003, se reportó una eficacia terminal del tratamiento del 24%.

---

## Comentarios

En la República mexicana se cuenta con clínicas contra el tabaquismo prácticamente en todas las entidades federativas; sin embargo, es necesario crear otras, dado que el número de éstas es muy reducido en comparación con el número de fumadores que existe en México. Hasta el momento, los modelos de tratamiento que mejores resultados han dado (eficacia terminal: 35-54.1%), son aquellos que se basan en la teoría racional emotiva de Ellis con técnicas cognitivo conductuales, con o sin la aplicación simultánea de TRN y de terapia con bupropión (en caso de ser necesario). Es posible que si se combinaran otras terapias como la hipnosis Eriksoniana o la acupuntura con estos tratamientos, el éxito en la recuperación de los pacientes sería mayor.

---

## Referencias

1. Tapia-Conyer R. Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva. 2ª edición. México, D.F.: Manual Moderno, 2001.
2. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar. Serie: Actualización Profesional en Salud. México, D.F.: CONADIC-Secretaría de Salud, 2003.
3. Conadic.gob.mx [sitio de internet]. México, D.F.: Secretaría de Salud. Consultado el 15 de junio de 2004. Disponible en: <http://www.conadic.gob.mx>.
4. Centros de Integración Juvenil. Guía técnica del proyecto: Tratamiento para dejar de fumar. CIJ, A. C., México, D.F.: 2002.
5. Carreras CJM, Sánchez AL, Quesada LM. Estructura del tratamiento multicomponente del tabaquismo. En: Calvo FR, López CA ed. El Tabaquismo. España: Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 2004: 523-556.
6. Beck TA, Wright DE, Newman FC, Liese B. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós Ibérica, 1999.
7. Rusell MA, Wilson H. Effects of general practitioners advice against smoking. Br Med J 1979; 231(2): 2325.
8. Gorski TT, Miller M. Las fases y las señales de alerta de recaída. Missouri: Herald House/Independence Press, 1994: 27 pp.
9. Mantilla CL. Habilidades para vivir-Una propuesta pedagógica para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Santa Fé de Bogotá: Ministerio de salud, 2000: 47 pp.
10. Ponciano RG, Hernández CV, Salinas E *et al.* Urinary cotinine as a biomarker of exposure to environmental tobacco smoke in Mexican population. A pilot study. Am J Respir Crit Care Med 1996; 153(4): A702.
11. National Research Council and Committee on Biological markers. Biological markers in environmental health research. Env Health Perspect 1987; 64: 3-9.
12. Solano RS, Jiménez RCA. Historia clínica del tabaquismo. Prev Tabaquismo.



# Tratamientos y terapias contra el tabaquismo disponibles en México

Raúl H. Sansores,\* Alejandra Ramírez Venegas,\* Rogelio Pérez Padilla,\*  
Justino Regalado Pineda,\* Víctor Manuel Guisa Cruz,† Jaime Quintanilla Bendek,‡  
Montserrat Lovaco Sánchez,‡ Sara Alicia Torres Angeles,‡  
Guadalupe Ponciano Rodríguez,§ América Morales Ruiz§

La enfermedad del tabaquismo puede definirse como un síndrome de daño multisistémico, lentamente progresivo, asociado con la adicción a la nicotina. Se trata de una droga altamente adictiva que produce dependencia física, debido a que estimula directamente al núcleo accumbens; psicológica, por su asociación con múltiples experiencias vivenciales placenteras, y social, en virtud de la legalidad, la aceptación social y la mercadotecnia de los productos de tabaco.<sup>1</sup>

El fumador es un enfermo que puede llegar a enfrentar una adicción severa y, por consiguiente, desarrollar síntomas del síndrome de supresión de la nicotina al abandonar el consumo de tabaco. Hay dos tipos de fumador: aquel que no quiere dejar de fumar y el que sí quiere hacerlo. Por esta razón, las estrategias terapéuticas para abordarlos son diferentes. El primero está en una fase que se conoce como de precontemplación. En ella, el fumador ni siquiera considera la posibilidad de dejar de fumar; por lo tanto, ninguna de las intervenciones de las que se hablará más adelante le funcionará. Para este primer tipo de fumador, la principal intervención consiste en brindarle continuamente información suficiente para que empiece a considerar la posibilidad real de dejar de fumar; es decir, hacerlo entrar a la fase que se conoce como de contemplación. En cambio, al fumador que ya tiene la motivación para abandonar el consumo de tabaco se le debe proporcionar alguna terapia o bien, si el caso lo amerita, canalizarlo a una clínica contra el tabaquismo.

En general, la mayoría de los fumadores –sin especificar el nivel de adicción–, puede dejar de fumar por su propia voluntad, siempre y cuando tenga la decisión de hacerlo. Si esta decisión se encuentra reforzada por el consejo médico, se incrementa su probabilidad de éxito. Se considera que hasta 25% de los fumadores son capaces de abandonar el consumo de tabaco sin desarrollar el síndrome de supresión de la nicotina. Los fumadores con mayor adicción a la nicotina pueden ayudarse con terapias de reemplazo con nicotina (TRN) y/o utilizando

\* Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México

† Centros de Integración Juvenil, México

§ Universidad Nacional Autónoma de México

alguna de las intervenciones con que se cuenta para el control de esta adicción. En las clínicas para dejar de fumar se brindan tratamientos integrales.

## Intervenciones para dejar de fumar

El tabaquismo está considerado como un padecimiento, por lo cual la condición de los pacientes de no fumador, fumador activo, fumador pasivo o ex fumador debe registrarse en el expediente clínico, y la adicción a la nicotina debe considerarse como antecedente personal patológico.<sup>2</sup> Las intervenciones para el control del tabaquismo se dividen en cognitivo-conductuales y farmacológicas. Las estrategias farmacológicas más utilizadas son la terapia de reemplazo con nicotina y el uso de antidepresivos.<sup>3</sup>

### Intervenciones cognitivo-conductuales

Las intervenciones cognitivo-conductuales que se utilizan son dos: el consejo médico y las terapias psicológicas.

#### Consejo médico

El consejo médico oportuno es la herramienta más simple y valiosa con que se cuenta para la cesación del tabaquismo. Con éste, el médico puede influir de manera determinante en la decisión del paciente fumador de tabaco para rehabilitarse de su adicción a la nicotina.<sup>4</sup> La participación tanto del médico como del personal de salud en la orientación de los pacientes consumidores de tabaco, da como resultado que un mayor número de fumadores abandone su consumo; así, este número es directamente proporcional a la intensidad con que se involucra el médico.<sup>5,6</sup>

Se ha identificado que la sola recomendación del médico de dejar de fumar tiene una incidencia anual de 5 a 10% en el abandono del cigarro entre los pacientes,<sup>7</sup> lo que significa un gran impacto en la salud pública. En Estados Unidos de América, por ejemplo, los programas médicos de intervención han reducido la prevalencia de tabaquismo entre los adultos en más de 50%. En un periodo de aproximadamente 35 años la prevalencia de fumadores pasó de 50% a 24%.<sup>8</sup>

Los fumadores consideran que el consejo médico es una motivación importante para el abandono del consumo de tabaco, tanto por la imagen que los médicos representan como por la acción que éstos pueden ejercer mediante el contacto directo que mantienen con el paciente y su familia.<sup>9</sup> Sin embargo, sólo 35% de los médicos se preocupa por dar un consejo a 80% de los fumadores que, por lo menos, hacen una visita anual a un médico o a un odontólogo. Hasta 70% de los fumadores visita a un médico en un año, y un porcentaje similar desea dejar de fumar y lo intenta.

Para dar un consejo médico efectivo, se recomienda ampliamente el uso del método denominado "regla de las cinco A" (cuadro I). Este es un método sistematizado creado con la finalidad de ofrecer a los médicos una guía práctica para dar un consejo médico efectivo a los pacientes fumadores.<sup>6,10</sup> La intervención del médico, además de estimular a los pacientes para dejar de fumar, tiene un impacto importante sobre la sociedad en general.<sup>11</sup> El médico desempeña un papel relevante en la promoción de prácticas saludables que tengan como objetivo elevar la calidad de vida de la población. Este papel es avalado por sus conocimientos, sus actitudes y el reconocimiento y la confianza que cada paciente le otorga. Por ello, es absurdo que los médicos fumen en su área de trabajo y a la vez recomienden llevar una vida saludable a los pacientes; ver fumar a un médico modifica la percepción del riesgo que tienen sus pacientes hacia el consumo de tabaco.<sup>9</sup>



## ¿Cómo se ayuda a quien no quiere dejar de fumar tabaco?

En principio, cuando un adicto a la nicotina no quiere curarse, no hay posibilidad de éxito a menos que éste modifique su actitud. Se han propuesto estrategias para lograrlo, pero se desconoce el grado de impacto de las mismas. Por ejemplo, a cada paciente se le debe explicar, de acuerdo a sus riesgos específicos y/o a sus antecedentes familiares o circunstanciales, por qué dejar de fumar es importante para él. Se le pide identificar los riesgos que el consumo de tabaco implica para su salud, para las personas que le rodean y para el medio ambiente; se enfatiza que los cigarrillos con filtro o con bajo alquitrán son incapaces de eliminar estos riesgos. También se le pide identificar los posibles beneficios (para su salud, para mejorar su olfato y gusto, los beneficios económicos, de bienestar, de seguridad a otros, de desempeño físico, de envejecimiento, etc.) que le traería el abandono del hábito tabáquico y se enfatizan los más relevantes para él. Se identifican los impedimentos o barreras (miedo a fallar o ganar peso corporal, poco apoyo, depresión, placer por el tabaco, etc.) que existen para lograr el abandono del tabaco.

Cuadro I.  
Regla de las cinco A<sup>6,10</sup>

Variable	Comentarios
Averigüe	Investigue sistemáticamente en todos sus pacientes el antecedente sobre tabaquismo (también tabaquismo involuntario) y además identifique a los fumadores con deseos de dejar el cigarrillo.
Aconseje	Recomiende claramente y en términos fuertes dejar de fumar, haga énfasis en las ventajas personalizadas.
Asista	Brinde asesoría al fumador que quiere dejar de fumar. Si ya quiere dejar de fumar: proporcione apoyo inmediato. Si prefiere un programa formal: proporcione una dirección. Si no quiere dejar de fumar: proporcione un apoyo motivacional.
Apoye	Diseñe un plan junto con el paciente: fije una fecha para dejar de fumar en 2 semanas. Estimule a su paciente a que use TRN, lo que disminuirá el síndrome de supresión de la nicotina, el cual es transitorio. Avisé a las personas cercanas sobre el plan, y pida que lo apoyen. Incluya ejercicio y medidas dietéticas. Si hay mucha angustia, aconseje realizar cambios en el estilo de vida: por ejemplo, practicar técnicas de relajación, como el yoga. Identifique circunstancias que puedan dificultar el dejar de fumar, especialmente comorbilidad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, abuso de alcohol y drogas). Elimine todos los productos de tabaco a su alrededor. Recomiende una abstinencia total incluso en los lugares donde pasa más tiempo. Analice los intentos previos de dejar de fumar, las situaciones que ayudaron o que dificultaron la eliminación del hábito tabáquico. Si hay más fumadores es más difícil; trate de invitar a otros a dejar la adicción o diseñe estrategias para evitar a los fumadores.
Arregle una cita	Provea de material de apoyo y lectura, o facilite información sobre sitios en Internet que pueda consultar. Programe una cita de seguimiento para ver los avances una semana después. Felicite al paciente por el intento y los avances. Si sigue fumando, estímulo para que deje de fumar. Discuta las dificultades presentadas y dé opciones sobre como manejarlas. Considere la psicoterapia individual o de grupo en los casos difíciles o el envío a alguna clínica especializada (en caso de presentarse una fuerte adicción, múltiples fallas, comorbilidad psiquiátrica o adictiva). Puede haber de 35 a 40% de probabilidades de recaída en los siguientes cuatro a cinco años, por lo que se debe considerar como un problema de largo plazo.

## Terapias psicológicas

### Técnica de información y educación<sup>12</sup>

Se utiliza en la modalidad de terapia de grupo. La persona que dirige la sesión influye como líder haciendo uso de su capacidad y habilidad para elevar la motivación, estimular la participación y generar adicionalmente en la interacción grupal.

### Técnica cognitivo-conductual<sup>12</sup>

Se utiliza para el tratamiento de las dependencias física, psicológica y social asociadas con el consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades de terapia grupal o de terapia individual. Esta técnica parte del enfoque cognitivo-conductual, cuyo objetivo es la reestructuración cognoscitiva. En ella 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 destaca el papel perjudicial sobre la conducta y las emociones del paciente para sustituirlo por otras cogniciones más adecuadas. La reestructuración cognoscitiva se integra mediante diferentes técnicas (asertividad, motivación, autorregistros), pero esencialmente se nutre de los marcos teóricos cognoscitivos personales. En estos marcos se toman en cuenta los procesos cognitivos (la atención, la percepción, la interpretación de los estímulos, etc.) que median entre los estímulos y las respuestas que se dan y que son los que desencadenan un comportamiento desadaptado. Esta técnica busca lograr que el paciente modifique las conductas observadas, y que se enfrente a sus percepciones y concepciones erróneas con el fin de lograr el cambio.

### Técnica del aquí y el ahora.<sup>12</sup>

Se trabaja con las personas a través del grupo, mediante las interrelaciones entre sus miembros; se hace énfasis en las relaciones intragrupales, en el aquí y en el ahora. Esta técnica utiliza el pasado únicamente para entender el aquí y el ahora; se estimulan las relaciones positivas y se analizan los sentimientos negativos; se clarifican los patrones de comportamiento con el fin de modificar las actitudes, el comportamiento y los enfoques existenciales por medio de la autoadvertencia y las experiencias emocionales.

### La hipnosis ericksoniana<sup>13, 14</sup>

Hipnosis es el término aplicado a una forma única y compleja de comportamiento inusual pero normal que se puede inducir probablemente en todas las personas normales bajo condiciones convenientes, y también en muchas personas que sufren de varios tipos de anormalidad. Es un estado psicológico especial, con ciertas cualidades fisiológicas, que se asemeja al sueño; está marcado por el funcionamiento del individuo a un nivel de conciencia distinto al ordinario. Este estado se caracteriza por un grado aumentado de receptividad y sensibilidad, en el cual a las percepciones internas se les da tanta importancia como generalmente se le da sólo a la realidad externa.

La hipnosis ericksoniana es una herramienta terapéutica muy útil que, manejada por profesionales clínicos capacitados en su uso, ofrece una alternativa importante para el tratamiento de ciertas enfermedades y trastornos, entre los cuales se encuentran el tabaquismo y las adicciones. La hipnosis ericksoniana es una herramienta ampliamente reconocida para explorar los reinos de la mente subconsciente, que descubre nuevas formas para resolver conflictos internos y manejar los obstáculos que se presentan en la vida. Es un tipo de terapia breve

que ayuda al individuo a sustituir las actitudes que mantienen el hábito tabáquico por pensamientos y conductas más positivos y saludables. También sirve para reestructurar los pensamientos negativos (pensamientos de baja tolerancia a la frustración en cuanto al abandono, pensamientos de reproche por considerarse débil y padecer este hábito y excusas con las que los fumadores se engañan a ellos mismos para justificar su adicción) que mantienen la adicción.<sup>12</sup> Como cualquier otro tipo de hipnosis, sólo se puede dar con el consentimiento del paciente. En México, en la clínica contra el tabaquismo del Instituto Politécnico Nacional (IPN), la hipnosis ericksoniana es el modelo de terapia psicológica utilizado para ayudar a los fumadores a abandonar la adicción a la nicotina.<sup>12</sup>

## Modalidades de las terapias psicológicas

### Terapia de grupo

Se aplica en personas con dependencia a la nicotina, leve, moderada o severa, en estadios psíquicos de cambio en acción y mantenimiento, sin comorbilidad psiquiátrica o enfermedad médica grave. Esta modalidad utiliza fundamentalmente aspectos sociales para influir en los cambios psíquicos a través de la interacción humana. Se realiza a través de una serie de sesiones en grupo en las que se informa sobre los motivos de iniciación en el tabaquismo y sobre las recaídas; asimismo, se ofrecen estrategias para controlar la adicción, ayuda para identificar los riesgos de la recaída y se realiza una valoración médica para determinar, de ser necesario, el tratamiento farmacológico que deberá seguirse.

### Terapia individual

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

### Terapia familiar

La evaluación se basa en la teoría general de sistemas para detectar disfunciones que puedan dificultar el objetivo del tratamiento: dejar de fumar. Se lleva a cabo en pacientes con dependencia severa a la nicotina y con comorbilidad psiquiátrica.

## Intervenciones farmacológicas Terapias de reemplazo con nicotina (TRN)

Al dejar de fumar puede presentarse el síndrome de supresión de la nicotina, caracterizado por disforia o depresión, insomnio, irritabilidad, frustración y enojo, inquietud, pereza, deseo o ansiedad por el tabaco, dificultad para concentrarse, bradicardia y aumento de apetito y de peso. El clímax de este síndrome se da durante los tres primeros días y disminuye en el transcurso de las siguientes 3 o 4 semanas.<sup>15</sup> El deseo de fumar puede durar meses, y sólo desaparece con el tiempo. Pueden presentarse casos de depresión, sobre todo entre los fumadores con antecedentes de esta enfermedad. En cuanto al peso corporal, al dejar de fumar se ganan en promedio entre 4 y 5 kg,<sup>16,17</sup> pero el incremento puede controlarse con medidas dietéticas y ejercicio. Adicionalmente, el fumador debe de controlar los aspectos conductuales de la abstinencia.

La razón para usar substitutos de la nicotina es que éstos disminuyen o evitan el síndrome de supresión de la misma. El potencial adictivo de los substitutos es menor al del cigarrillo y estos substitutos presentan la ventaja de estar libres de las otras sustancias tóxicas que contiene el humo de tabaco. Estas terapias son necesarias únicamente en pacientes con alta dependencia física, y deben iniciarse el mismo día en que se deja de fumar, al levantarse, o bien en las horas previas.

Los substitutos de la nicotina que se comercializan en México aprobados por la Secretaría de Salud (SSA) son: el chicle de nicotina Nicorette® (en presentación de 2 mg de nicotina), los parches de nicotina Niqütin® (en presentaciones de 21, 14 y 7 mg que liberan nicotina durante las 24 horas del día)<sup>18</sup> Nicorette® (en presentaciones de 15, 10 y 5 mg que liberan nicotina durante 16 horas al día) y el inhalador de nicotina Nicorette® (en presentación de 5 y 10 mg de nicotina).

### Chicle o goma de mascar de nicotina<sup>19, 20</sup>

La Goma de Mascar de nicotina Nicorette® es una forma muy eficaz de aplicar una TRN. Se trata de una goma de mascar sin azúcar que le brinda al organismo del fumador la cantidad de nicotina que requiere, y reduce así el deseo que se puede sentir por un cigarro. En México, ésta se encuentra disponible en dosis de 2 mg de nicotina, en sabor original y de menta. Esta modalidad se formuló como goma de mascar por varias razones: la nicotina se absorbe fácilmente por el entorno de la boca; el riesgo de adicción a la goma de mascar es bajo porque la nicotina que contiene se absorbe por el cuerpo con mayor lentitud que la que se encuentra en los cigarros (los niveles de nicotina en la sangre no llegan a los niveles que provienen del cigarro); la nicotina de la goma de mascar se suministra sólo al masticarse; si accidentalmente se traga el chicle, existe un bajo riesgo de toxicidad; además, puede actuar como un substituto para la gratificación oral a la cual el fumador está acostumbrado.

El chicle de nicotina puede usarse en forma regular masticando uno cada una o dos horas al principio, o cuando se tenga el deseo de fumar. Debe masticarse lentamente, hasta sentir el sabor de la nicotina o un cosquilleo leve en la boca. Luego se deja de masticar y se coloca en uno de los carrillos bucales, es decir, entre la parte interior de la mejilla y la encía. Cuando el cosquilleo desaparece (aproximadamente al minuto), se mastica nuevamente; este procedimiento se repite durante unos 30 minutos, alternando el lado del carrillo donde se coloca el chicle. Se debe masticar sólo un chicle en cada ocasión y no se debe masticar un chicle tras otro. Si se está bajo la supervisión de un médico, se mastica un máximo de 30 chicles al día. Si éste no es el caso, un máximo de 24 al día. Con el fin de prevenir los síntomas del síndrome de supresión de la nicotina, después de utilizar el chicle durante dos o tres meses, se comienza a reducir la cantidad en forma gradual. Las pautas sugeridas para ayudar a reducir el uso del chicle incluyen: disminuir, en un periodo de cuatro a siete días, el tiempo de masticado hasta llegar a 10-15 minutos; reducir en uno el número total de chicles usados diariamente cada cuatro a siete días, al sustituirlo por un chicle normal sin azúcar. Hay que considerar la posibilidad de no utilizar el chicle de nicotina completo y bajo este esquema si se satisface la necesidad de nicotina con un par de chicles al día. Es necesario evitar comer alimentos picantes y/o tomar bebidas ácidas, como el café y los refrescos 15 minutos antes y mientras se mastica el chicle de nicotina, para prevenir cambios en la absorción de la misma. Se recomienda usar la goma de mascar de nicotina por un máximo de tres meses, a menos que el médico lo prescriba por más tiempo.

## Efectos secundarios del chicle de nicotina

Aunque los efectos secundarios de este medicamento son raros, podrían llegar a presentarse problemas dentales o dolor en la mandíbula por masticar, reacciones alérgicas, irritación en la boca y la garganta, úlceras bucales, mareos, cefalea (dolor de cabeza) y disturbios gastrointestinales como flatulencias e hipo. Si uno o más de estos síntomas se mantiene o se vuelve severo, es necesario consultar al médico de inmediato. Si se llegaran a presentar crisis convulsivas, trastornos de la frecuencia cardíaca o dificultad para respirar hay que llamar al médico inmediatamente.

## Advertencias

La goma de mascar de nicotina debe utilizarse con precaución por mujeres embarazadas y por personas con enfermedades cardiovasculares severas. La goma de mascar ayuda a minimizar los síntomas de la supresión de la nicotina, especialmente durante las primeras semanas en las que se comienza a dejar el hábito, pues es posible masticar suficiente goma de mascar durante el día para tener en la sangre una cantidad de nicotina equivalente a la cantidad obtenida al fumar (cada cigarro contiene 14 mg de nicotina aproximadamente, lo que equivale a 7 chicles con 2 mg de nicotina). Se han realizado pruebas clínicas sobre el uso de esta goma de mascar en diferentes partes del mundo para ayudar a las personas a dejar de fumar<sup>21</sup> y se ha demostrado que su uso como TRN casi duplica las posibilidades de abandonar el consumo de tabaco, es decir, de convertir a un fumador en ex fumador.<sup>22</sup>

## Parche de nicotina<sup>18, 23</sup>

El parche transdérmico de nicotina se recomienda de primera intención por su forma de administración.<sup>25,26</sup> Al utilizarse una vez al día, el apego al tratamiento es más efectivo que con los chicles. Estos parches se aplican directamente sobre la piel, una vez al día, por lo general a la misma hora. Los parches de nicotina vienen en dosis diferentes y pueden usarse durante distintos periodos de tiempo. Es necesario seguir cuidadosamente las instrucciones de la etiqueta del medicamento y preguntar al médico cualquier cosa que no se entienda.

El parche de nicotina, por ejemplo el de Niqütin®, es un parche pequeño, color piel, flexible, rectangular, diseñado como un sistema transdérmico de liberación controlada y continua de nicotina durante 24 horas, para aplicarse sobre la piel sana. Se comercializa en tres presentaciones: caja con siete parches de 21 mg, etapa uno (inicial); caja con siete parches de 14 mg, etapa dos (intermedia) y caja con siete parches de 7 mg, etapa tres (final). Cada parche contiene nicotina base en las cantidades de 114, 78 y 36 mg, proporcional a las áreas de los parches de sus tres diferentes presentaciones que miden 22, 15 y 7 cm<sup>2</sup> respectivamente (equivalente a 5.1 mg/cm<sup>2</sup> de nicotina). Cada presentación del parche libera 21, 14 o 7 mg de nicotina *in vivo* durante 24 horas. Los fumadores que consuman más de 10 cigarros al día deberán iniciar el tratamiento en la etapa uno (parche de 21 mg) durante seis semanas, posteriormente continuar con la etapa dos (parche de 14 mg) durante dos semanas y finalizar con la etapa tres (parche de 7 mg) durante dos semanas. Aquellos fumadores que consuman 10 o menos cigarros al día deberán empezar con la etapa dos (parche de 14 mg) por seis semanas y después continuar con la etapa tres (parche de 7 mg) por dos semanas más. Los parches deben aplicarse una vez al día, a la misma hora y de preferencia al levantarse, sobre un área del tronco o del brazo de piel sin vello, sin pliegues, que esté limpia y seca, y deberá traerlo puesto de manera continua durante 24 horas. Se debe evitar su colocación sobre la piel enrojecida o irritada.

Después de haber utilizado el parche durante 24 horas (después de ese tiempo el suministro de la nicotina es mínimo), se deberá retirar y colocar uno nuevo en otro lugar. Los lugares de la piel donde se coloque no deberán volver a utilizarse por lo menos en siete días. Sólo podrá colocarse un parche a la vez. Si los parches Niquitin® interrumpen el sueño, pueden retirarse antes de ir a dormir. Sin embargo, es recomendable utilizarlos 24 horas consecutivas, con el fin de optimizar el efecto contra la ansiedad de fumar por la mañana.

De manera similar, los parches Nicorette®, que liberan nicotina durante 16 horas al día, se comercializan en tres presentaciones, según sus niveles de concentración de nicotina (15, 10 y 5 mg). Esto permite iniciar un tratamiento con niveles más altos de nicotina y reducirlos paulatinamente conforme se avance en éste. Los parches con dosis más altas de nicotina son para iniciar el tratamiento, y liberan 15 mg de la misma en un periodo de 16 horas. Las otras dos presentaciones, de 10 y 5 mg, deben usarse para reducir paulatinamente los niveles de nicotina en la sangre y acabar con la ansiedad por el cigarro. Al finalizar el tratamiento con estos parches, es recomendable continuar utilizando alguna otra TRN Nicorette®: chicle o inhalador bucal de nicotina, para evitar "tentaciones".

Independientemente de la marca de los parches de nicotina, la presentación que contiene la mayor dosis se utiliza al principio del tratamiento durante cuando menos seis a ocho semanas, la intermedia y la más baja deben usarse al menos durante dos semanas cada una. Con el fin de obtener óptimos resultados, el curso de tratamiento de 10 semanas (ocho semanas para los fumadores ligeros), deberá completarse y no deberá exceder las 10 semanas consecutivas; sin embargo, se puede volver a utilizar algún tratamiento para pacientes que continúan fumando o que disminuyeron el hábito de fumar.

### **Efectos secundarios de los parches de nicotina**

Pueden presentarse reacciones en el lugar de aplicación, como erupciones, hinchazón, ardor y sensación de comezón transitorias que generalmente desaparecen en un día. La mayoría de las reacciones tóxicas son menores y se resuelven rápidamente al quitar el parche. En raras ocasiones, también se ha tenido noticia de reacciones alérgicas de la piel. Es muy poco probable que aparezca una reacción más severa; si esto llegara a ocurrir, hay que quitar el parche y consultar al médico. Durante las pruebas controladas, las reacciones adversas que se han presentado con más frecuencia son: ligeros disturbios del sueño, insomnio, náusea, ligero trastorno estomacal (dispepsia, constipación), tos, irritación de garganta, sequedad de boca, síntomas de gripe, dolor muscular (mialgia) y dolor articular (artralgia). Estos efectos son muy similares a los relacionados con la acción farmacológica de la nicotina.

### **Advertencias**

En caso de: pacientes con dermatitis, alergias en la piel, enfermedades del corazón (por ejemplo, angina, apoplejía, arritmia, enfermedad severa vascular periférica, infarto reciente al miocardio), enfermedades de la tiroides u otras glándulas, del hígado o del riñón, pacientes con úlcera péptica, problemas circulatorios, presión arterial alta, diabetes o que estén bajo tratamiento con otros medicamentos como cafeína, teofilina, imipramina, pentazocina, insulina o medicamentos para la hipertensión, se debe consultar al médico antes de utilizar este producto, debido a que puede ser necesario ajustar la dosis. Si persisten las molestias, hay que consultar al médico. Los parches de nicotina no deben emplearse simultáneamente con otro producto que contenga nicotina, en menores de 18 años ni durante el embarazo y la lactancia (los efectos dañinos de las sustancias tóxicas y la nicotina del cigarro en la salud de la madre y del feto han sido claramente demostrados); exis-

ten algunas preocupaciones en relación con los efectos de la nicotina sobre el feto –a menos que se utilice bajo estricta vigilancia médica. El parche de nicotina se puede utilizar en pacientes con enfermedades cardíacas y en mujeres embarazadas que consumen 20 cigarrillos o más diariamente y a los que las terapias conductuales no les han funcionado.<sup>27-30</sup> Dado que no se debe fumar ningún cigarrillo ni tomar nicotina en ninguna otra forma durante todo el tiempo que dure el tratamiento con los parches de nicotina, los fumadores deben comprometerse a dejar de fumar antes de usar esta TRN. Los parches de nicotina pueden ser una buena alternativa en medicina de primer contacto.

### Inhalador bucal de nicotina<sup>31</sup>

El inhalador bucal de nicotina Nicorette® es una boquilla y un cartucho impregnado de nicotina con sabor a mentol, diseñado para utilizarse de igual manera que un cigarrillo.<sup>32</sup> Se sabe que algunos fumadores lo prefieren debido a que el efecto de utilizarlo en la mano con los mismos movimientos con que se toma el cigarrillo puede compensar el deseo de tenerlo. Cada cartucho contiene 10 mg de nicotina, pero sólo la mitad está disponible para ser inhalada. Una inhalación suministra 13 mg de nicotina, lo cual representa en total 1/80 de la cantidad de nicotina liberada en la inhalación de un cigarrillo promedio.<sup>33, 34</sup>

Este dispositivo no sólo libera nicotina para aliviar la ansiedad, sino que además mantiene la mano ocupada al sustituir el movimiento regular de llevar el cigarrillo a la boca, de tal manera que sustituye el acto de fumar. Es la única forma de TRN que trata directamente la dependencia fisiológica y de conducta del hábito tabáquico. La dosis es flexible y permite el suministro de nicotina cuando y como se necesite; además, ayuda a minimizar la transición de fumar a no fumar.

### Advertencias y efectos secundarios

Pueden existir efectos secundarios al usar el inhalador bucal de nicotina, tales como tos, irritación en la nariz, boca y garganta, acidez o náusea. Son generalmente efectos ligeros que desaparecen en un par de semanas. Algunos estudios reportaron síntomas como mareos, dolores de cabeza e insomnio, que pueden estar relacionados con los síntomas de abstinencia asociados con el hecho de dejar de fumar. El inhalador bucal de nicotina debe ser utilizado con precaución por mujeres embarazadas y por personas con tensión arterial alta, úlceras pépticas, problemas de tiroides, diabetes, enfermedades del riñón, hígado o corazón.

En términos generales, la utilización de las TRN es más segura que fumar. Al decidir utilizar una TRN se debe estar consciente de que la nicotina administrada por medio de estas terapias se suministra de manera diferente a la del cigarrillo. Por esta razón, pueden presentarse efectos secundarios que pasan en pocos días, pues el organismo se adapta rápidamente a la nueva forma de suministro. Para conocer el nivel de dependencia a la nicotina que se tiene y, por consiguiente, el tipo de tratamiento adecuado que se requiere para abandonar el tabaquismo por medio del uso de una TRN, se recomienda resolver el cuestionario denominado "¿Qué tipo de fumador es?", desarrollado por el doctor Fagerström, autoridad mundial en lo que se refiere a los efectos del cigarrillo (sólo se necesitan 30 segundos para resolverlo). El doctor Fagerström dirigió investigaciones para la compañía Pharmacia Suecia, donde se desarrollan los productos de Nicorette®.<sup>35</sup>

### Efectividad con TRN

Las diferentes formas no han mostrado una ventaja significativa sobre las otras, aunque específicamente en algunos pacientes, una alternativa de tratamiento es mejor que otra. La razón de momios para abstinencia con TRN comparada con

controles de acuerdo a un meta-análisis de 110 ensayos clínicos fue de 1.74 (IC 95% 1.64-1.86). La razón de momios para las diferentes formas de TRN fue de 1.66 para la goma de mascar de nicotina; 1.74 para los parches de nicotina y de 2.08 para el inhalador bucal de nicotina. Estas probabilidades son independientes de la duración de la terapia y de alguna intervención o apoyo adicional.<sup>25</sup>

## Uso de antidepresivos

### Bupropión (Wellbutrin®)

El bupropión (Wellbutrin, Wellbutrin SR, por sus nombres comerciales) es un antidepresivo que produce una inhibición de la absorción neuronal de norepinefrina, serotonina y dopamina, al aumentar su concentración en la sinapsis neuronal. Esta deplección de mediadores parece ser la causa del síndrome de abstinencia de la nicotina, con lo cual su función sería la de reemplazar esta falta, al hacer desaparecer o disminuir los síntomas de la ausencia de nicotina.

El uso de 300 mg diarios de bupropión da como resultado 23 a 30% de abstinencia anual; se ha observado que éste tiene efecto aditivo cuando se usa en combinación con los parches de nicotina.<sup>36-38</sup> Por otra parte, el uso de bupropión tiene un cierto efecto que evita el incremento de peso y se asocia a una probabilidad muy buena para dejar de fumar (*RM* 2.1; *IC* 1.5-3). Se toman dos tabletas diarias de 150 mg durante ocho semanas. Una tableta se toma por la mañana (6-8 a.m.) y la otra por la tarde (4-6 p.m.), y se dejan pasar al menos 10 horas entre una y otra. Durante la primera semana del tratamiento el paciente todavía fuma, pero establece su fecha para dejar de fumar a los ocho días después de haberlo iniciado. Se recomienda comenzar con la mitad de la dosis recomendada durante la primera semana, administrada por las mañanas, para identificar oportunamente a personas intolerantes al medicamento. Este medicamento no debe utilizarse en pacientes que estén tomando tranquilizantes, ansiolíticos o antidepresivos, ni en pacientes alcohólicos, bulímicos, anoréxicos o con antecedentes de epilepsia o trauma cefálico.

### Efectos secundarios del bupropión

Puede presentarse somnolencia, debilidad o cansancio, excitación o ansiedad, sequedad en la boca, insomnio, cambios en el apetito o en el peso y pesadillas. Se debe consultar al médico si se presentan síntomas de micción frecuente, estreñimiento, dificultad para orinar, visión borrosa, cambios en la capacidad sexual, transpiración excesiva o dolores de cabeza. También es motivo para llamar de inmediato al médico que se presenten ataques o conmociones, pérdida de la coordinación, fiebre, sarpullido severo, prurito, urticaria, dolor de pecho, dolor en los músculos o en las articulaciones, respiración truncada, piel u ojos amarillentos o latidos del corazón irregulares.

## Otros tratamientos

El ejercicio y los medios de comunicación masiva pueden ser excelentes auxiliares para ayudar a dejar de fumar; sin embargo, no hay estudios suficientes que apoyen estas observaciones. Esta categoría es importante y debe ser explorada más cuidadosamente.



---

## Beneficios a corto y largo plazo por dejar de fumar<sup>39</sup>

- A los 20 minutos. La presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal se normalizan.
- A las ocho horas. El oxígeno alcanza los niveles adecuados para el cuerpo y permite que la respiración sea más profunda y que los pulmones se oxigenen mejor.
- Después de 72 horas. Se respira mejor. Se incrementa la capacidad pulmonar y se beneficia la función bronquial. Mejoran el sentido del gusto y del olfato.
- De quince días a tres meses después. Disminuyen la tos, el cansancio, la sensación de ahogo, la fatiga y las enfermedades respiratorias. Mejoran la circulación sanguínea y el funcionamiento de los pulmones.
- A los nueve meses. Se reducen notablemente la tos, la congestión y la sensación de falta de oxígeno.
- Después de 10-15 años. Disminuyen las probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón, de vejiga, de boca y de laringe, así como las de desarrollar enfermedades del corazón.

### Costo-efectividad de los tratamientos para dejar de fumar

Los tratamientos de ayuda para dejar de fumar resultan costosos cuando se administran en un lapso de dos a cuatro meses, ya que el chicle, el parche o el inhalador de nicotina y el bupropión tienen un costo en México que oscila entre los 5 000 y 10 000 pesos. Sin embargo, tienen un índice costo-efectividad mayor que muchos programas de salud considerados estándar, como el tratamiento antihipertensivo, el tratamiento antilipemiente y mucho mayor que la detección de cáncer cervicouterino y mamario.

---

## Métodos y técnicas para ayudar a las personas a dejar de fumar

Para hacer frente al consumo de tabaco se ha diseñado una gran variedad de métodos y técnicas para ayudar a las personas a dejar de fumar, dentro de las cuales, la modalidad que más se ha utilizado mundialmente es la que incluye a las denominadas clínicas contra el tabaquismo. Esta modalidad se caracteriza por su flexibilidad, ya que puede adecuarse a las necesidades de las instituciones donde se establecen las clínicas, al número de miembros que conforman el grupo, a la cantidad de sesiones, así como a los distintos contenidos educativos que se utilizan en ellas.<sup>40</sup>

---

## Consideraciones

Toda intervención es útil para que un fumador realmente deje de fumar; son pocas las que no reportan éxitos. Las intervenciones más efectivas son aquellas en las que hay contacto directo con el fumador. Dentro de éstas se incluyen las estrategias cognitivo-conductuales, como el proceso de reconocimiento de situaciones peligrosas, el desarrollo de habilidades de enfrentamiento a la adicción y la información básica sobre el problema de tabaquismo (véase el apartado "Clínicas contra el tabaquismo en México" de este volumen).

Cuando los recursos de los servicios de salud no permitan la atención del problema del paciente consumidor de tabaco, se le deberá canalizar a las clínicas contra el tabaquismo, donde recibirá más información y el apoyo necesario para dejar de

fumar; o bien, si le fuese imposible asistir a un tratamiento, pueden brindarle seguimiento y recomendarle alguno de los tratamientos descritos en el presente trabajo. Es importante señalar que si todos los fumadores de una comunidad decidieran asistir a una clínica para dejar de fumar, éstas jamás tendrían capacidad suficiente para recibirlos. El tabaquismo es un problema masivo de salud y deben diseñarse estrategias para abordarlo con las mismas características. Los recursos especializados deben reservarse para los pocos pacientes que han fallado a medidas más sencillas. Para el control efectivo del tabaquismo es necesario abordar el problema con una visión en la que se reconozca a la nicotina como una droga y al cigarro como el instrumento de su dosificación. Asimismo, es importante considerar que el tabaquismo, como problema de salud pública, puede ser controlado con buenas políticas públicas aplicadas en los diferentes sectores. Es indispensable hacer una difusión efectiva entre la población sobre los daños que ocasiona el consumo de tabaco y, especialmente, sobre el carácter adictivo asociado a éste.

## Referencias

1. Sansores RH, Espinosa AM. Manual del programa cognitivo-conductual de la clínica para dejar de fumar. México, D.F.: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1999.
2. Diario Oficial de la Federación. NOM-168-SSAI-1998, del expediente clínico. 30 de septiembre de 1999. 1a Sec.: 24-34.
3. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283:3244. (también en línea <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrg.htm>).
4. Smoking and health: a physician's responsibility. A statement of the joint committee on smoking and health. American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiratory, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Eur Respir J 1995; 8:1808.
5. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 4 2002. Oxford: Update Software.
6. Fiore MC et al. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville MD UD. Department of Health and Human Services. 1996. Publication AHCP96-0692.
7. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: A report of the surgeon general. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services/ Centers for Disease Control and Prevention/ National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion/ Office on Smoking and Health, 2000.
8. Parran TV. The physician's role in smoking cessation. J Respir Dis 1998; 19 supl 8: S6-S12.
9. Ponciano RG, Morales GV. El papel del médico en la prevención y el tratamiento del tabaquismo. Gac Fac Med UNAM 2001; 12-15.
10. De Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ y cols. Treating tobacco use and dependence. Quick reference guide for clinicians. Rockville MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service 2000.
11. Peña-Corona MP, Ponciano-Rodríguez G, Sansores-Martínez R, Hernández-Ávila M, Ocampo-Ocampo A, Fuentes-Iturbe P, et al. Consejo médico ante el problema del tabaquismo en México. Rev Sanid Milit Mex 2003; 57(3): 162-166.
12. Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar. Actualización Profesional en Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. 2003.
13. [http://www.atma.com.mx/hipnosis\\_ericksoniana.html](http://www.atma.com.mx/hipnosis_ericksoniana.html). Consultado el 15 de junio de 2004.
14. <http://mx.geocities.com/terapiabrevehipnosis/terapiabreve3.htm>. Consultado el 15 de junio de 2004.
15. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: Results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. Eur Respir J 1999; 13:238.
16. Flegal KM, Troiano RP, Pamuk ER, et al. The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. N Engl J Med 1995; 333:1165.
17. Froom P, Kristal-Boneh E, Melamed S, et al. Smoking cessation and body mass index of occupationally active men: The Israeli CORDIS study. Am J Public Health 1999; 89:718.
18. Página de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México [sitio de Internet] Consultado el 15 de junio de 2004. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm/mex/productos/8171.htm>.

19. Nacional Library of Medicine [sitio de Internet] Consultado el 15 de junio de 2004. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/medmaster/a684056-es.html>.
20. Nicoret.com. Consultado el 15 de junio de 2004. Disponible en: <http://www.nicoret.com/home/parte2/goma.htm>.
21. Nicorette® La Monografía de la Marca Nicotina, Aids Internacional, 1992.
22. "Meta-análisis de la eficacia de terapias de reemplazo de nicotina en la cesación del cigarro", Silagy et al, *The Lancet* Vol 343, Enero 15, 1994.
23. Nicoret.com. Consultado el 15 de junio de 2004. Disponible en: <http://www.nicoret.com/home/parte2/parche.htm>.
24. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. (Cochranre Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4 2002. Oxford:Update Software.
25. Henningfield JE. Nicotine medication for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995; 333:1196-1203.
26. Daughton DM, Fortmann SP, Glover ED, et al. The smoking cessation efficacy of varying doses of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post-quit day. *Prev Med* 1999; 28:113.
27. Working group for the study of transdermal nicotine in patients with coronary artery disease. Nicotine replacement for patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 1994; 154:989-995.
28. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29:1422-1431.
29. Mahmarian JJ, Moye LA, Nasser GA, et al. Nicotine patch therapy in smoking cessation reduces the extent of exercise-induced myocardial ischemia. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30:125.
30. Benowitz NL. Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA* 1991; 266:3174-3177.
31. Nicoret.com. Consultado el 15 de junio de 2004. Disponible en: <http://www.nicoret.com/home/parte2/inhalador.htm>.
32. Jorenby DE, Leischow SSJ, Nides MA, Rennard SI, Jonson JAA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340:685-691.
33. Tonnesen P, Norregaard J, Mikkelsen K, Jorgensen S, Nilsson F. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 1993; 269:1268-1271.
34. Hajek P, West R, Foulds, J, et al. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Arch Intern Med* 1999; 159:2033.
35. Nicoret.com. Consultado el 15 de junio de 2004. Disponible en: <http://www.nicoret.com/home/parte1/tipo.htm>.
36. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; 135:423.
37. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Dale LC, et al. A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195.
38. Jorenby DE, Leischow SSJ, Nides MA, Rennard SI, Jonson JAA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340:685-691.
39. UIATLD News Bulletin on Tobacco and Health 1998; 11: 33.
40. Tapia-Conyer R, Cravioto P. Epidemiología del Consumo de Tabaco. En: *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva*, 2a Ed. México, D.F.: Manual Moderno, 2001.

## Mensajes sobre los tratamientos y opciones disponibles para quienes quieren dejar de fumar

- ✓ La nicotina es una droga muy adictiva y el cigarro un instrumento de dosificación.
- ✓ En el control integral del tabaco, ofrecer opciones para dejar de fumar es un imperativo no sólo médico, sino ético. Es imprescindible ofrecer opciones a los fumadores para que abandonen el hábito de fumar.
- ✓ Los tratamientos de cesación son costo-efectivos respecto a otros programas preventivos; sobre todo, porque ayudan a evitar los elevados costos de atención médica de las enfermedades atribuibles al tabaco que padecerán quienes sigan fumando.
- ✓ El desconocimiento de las opciones disponibles para ayudar a dejar de fumar, inhibe a los fumadores de plantearse seriamente la posibilidad de abandonar el cigarro.
- ✓ Las terapias conductuales y los tratamientos farmacológicos son ayudas efectivas para dejar de fumar. Una combinación de ambos incrementa las posibilidades de éxito.
- ✓ En la actualidad las dos opciones son caras; sin embargo, si el gobierno está interesado en la cesación de los fumadores debe apoyarlos, ya sea a través de subsidios o promoviendo que sean cubiertos por las compañías aseguradoras, para que estos tratamientos sean más accesibles.
- ✓ El control integral del tabaco se da en muchos ámbitos, por lo tanto las clínicas de cesación deben estar disponibles no sólo en hospitales, sino también en centros de trabajo y educativos.
- ✓ Para los ex fumadores es más fácil mantenerse en abstinencia en un ambiente de restricciones para fumar, con altos precios de los productos de tabaco y con normas sociales que desalienten el hábito de fumar.
- ✓ Según datos de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes aplicada en México, la mitad (51%) de los adolescentes fumadores desea dejar de fumar. Lamentablemente, 57% de ellos intentó dejar el cigarro en los 12 meses previos a la encuesta y no lo consiguió.
- ✓ Los efectos dañinos del tabaco para la salud y la conveniencia de dejar de fumar deben ser temas abordados por los profesionales de la salud en cada encuentro con sus pacientes, independientemente del motivo de la consulta médica.
- ✓ Los tratamientos para dejar de fumar son más solicitados cuando se promueven en un contexto de otras medidas para el control del tabaco. Por ejemplo, una combinación de altos precios de los cigarros y bajo costo de los tratamientos para la cesación, estimula las intenciones de dejar de fumar.
- ✓ Las tasas de cesación se incrementan cuando los mensajes en los medios de comunicación promueven las opciones disponibles, cuando existen líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar y cuando los médicos dan su consejo y ofrecen opciones concretas a los pacientes fumadores.
- ✓ La estrategia de las tabacaleras de presentar productos más seguros dentro de sus esfuerzos de reducción de daños (*harm reduction*), sólo alejan a los fumadores de decidirse a dejar de fumar definitivamente.