

Este documento fue elaborado con la participación de las siguientes instituciones:

El trabajo fue organizado, coordinado y supervisado por personal del Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones.

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- Instituto Nacional de Cancerología
- Instituto Nacional de Cardiología
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Centro de Integración Juvenil
- Hospital General de México
- Hospital Dr. Manuel Gea González
- Hospital General Vasco de Quiroga, Morelia, Michoacán
- Facultad de Medicina de la UNAM
- Instituto Politécnico Nacional
- Hospital Inglés ABC
- C.R.E.T.E. A.C.

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López

Dr. Agustín Vélez Barajas

Dr. Horacio Rubio Monteverde

Dr. Ángel Prado García

Lic. Mariana Belló

Dra. Teresa Macchetto



SECRETARIA 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 PROMOCIÓN
DE LA SALUD

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

Lic. Ernesto Enríquez Rubio
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López
SECRETARIO TECNICO DEL CONSEJO NACIONAL
CONTRA LAS ADICCIONES

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
COORDINADOR GENERAL DE LOS INSTITUTOS NA-
CIONALES DE SALUD

Dr. Eduardo González Pier
UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Lic. Adriana Cuevas Argumedo
DIRECTORA GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Elaborado por:

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López
Secretario Técnico del Consejo Nacional
Contra las Adicciones

Psiquiatra Ángel Prado García
Director Técnico en Adicciones

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
www.conadic.gob.mx

Responsable de la Publicación
Lic. José Ocaña Bernal

Consejería en Tabaquismo

Presentación	2
Introducción	4
Consejería en Tabaco	6
Paso a paso	
- averigüe	9
- aconseje	13
- acuerde	13
- apoye	14
- anticipe	15

PRESENTACIÓN

El Programa contra el Tabaquismo se ha planteado como el marco programático para contribuir con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2000-2006 mediante acciones gubernamentales y de la sociedad organizada, tendientes a reducir el deterioro causado por el tabaquismo en la salud de los individuos y de las familias, en la productividad, en el desarrollo económico y en la calidad de vida.

El Programa contra el Tabaquismo plantea seis ejes de acción: prevención, tratamiento y rehabilitación, control, participación social, investigación y desarrollo de recursos humanos; a partir de los cuales contribuye con las políticas del Gobierno Federal.

La **Consejería en Tabaquismo para dejar de fumar** tiene como objetivo constituir una guía técnica que sirva de instrumento normativo en materia de tabaquismo a profesionales del primer nivel de atención. Se le ha dado un enfoque de género a fin de manejar diferenciadamente a hombres y mujeres, de acuerdo con sus características y necesidades.

Esta guía técnica describe las acciones del primer nivel de atención que se han propuesto en el *Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México* (Rubio Monteverde H., Oviedo Gómez, M., Sansores Martínez, R., Vélez Barajas, A. y Castrejón Vacío J.).

Este Modelo se presenta como una pirámide donde concuerdan los tipos de población y las intervenciones adecuadas, de manera que a medida que se incrementa el grado de severidad de las enfermedades ocasionadas por el tabaquismo, aumenta la complejidad y especificidad de las intervenciones.

La base de la pirámide está conformada por la población sana, no fumadora, a la cual se destinan acciones de promoción y educación para la salud.

El segundo piso de la pirámide lo integran los grupos vulnerables, niños, adolescentes, mujeres, embarazadas y fumadores involuntarios, quienes corren riesgo de presentar enfermedades asociadas o desencadenadas por el tabaquismo. Esto corresponde al primer nivel de atención, donde se da énfasis a la importancia de realizar diagnóstico oportuno, proporcionar Consejería en Tabaco, así como a la referencia de pacientes al segundo y tercer niveles de atención.

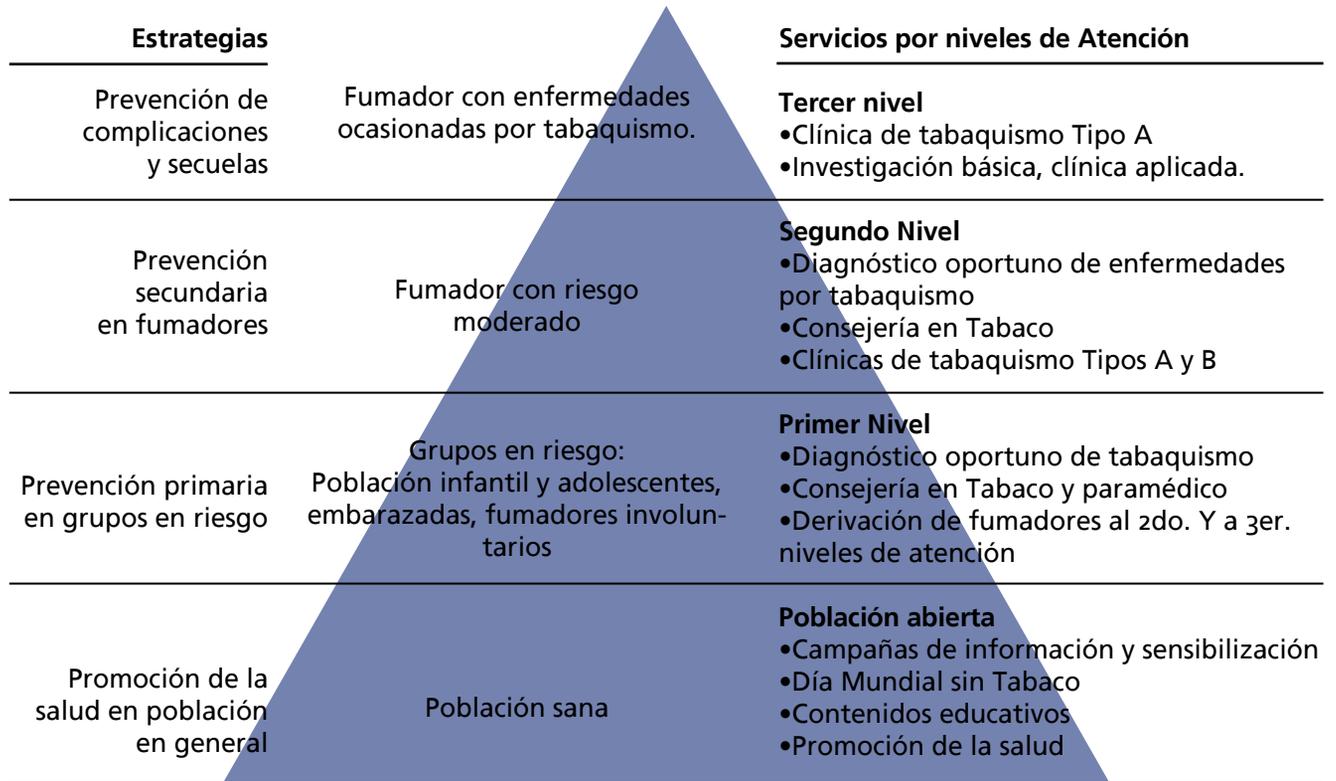
El tercer piso de la pirámide agrupa a personas fumadoras con mayor riesgo de adquirir enfermedades causadas por el tabaquismo, para quienes se recomiendan acciones del segundo nivel de atención; en éste se ubican las clínicas de tabaquismo, además de los procedimientos de primer nivel ya mencionados.

Finalmente, el último escalón de la pirámide está formado por las personas fumadoras que ya presentan enfermedades ocasionadas por el tabaquismo. Para ellas, se disponen acciones correspondientes al tercer nivel de atención que incluyen clínicas de tabaquismo, tratamiento de enfermedades concomitantes, así como investigación y capacitación. (figura1)



figura 1

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



INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas se ha identificado al tabaquismo como una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo. Investigaciones realizadas en diversos países, reportan ascenso en las tasas de consumo de tabaco, particularmente en adolescentes y mujeres, así como disminución en la edad de inicio. (Programa contra el tabaquismo, 2001).

La Organización Mundial de la Salud indica que el consumo de tabaco es causa directa o indirecta de cerca de 8,242 muertes por día y de cinco millones al año en el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo. (Programa contra el tabaquismo, 2001).

Las tendencias indican que para el año 2020, más de 10 millones de personas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas, durante la madurez productiva, con una pérdida individual de 10 a 20 años de vida. Para el 2030, 7 de cada 10 de las defunciones ocurrirán en países en vías de desarrollo.

En México se estima que alrededor de 150 personas mueren diariamente por causas asociadas con el tabaco, ésta es una de las razones por las que se ubica al tabaquismo dentro de los diez problemas prioritarios de salud pública. De no establecerse medidas integrales para su control, rebasará la capacidad sanitaria que se requiere para su atención.

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002, señala que en México, el 26.4% de la población urbana entre 12 y 65 años fuma, lo que corresponde casi a 14 millones de personas, de las cuales más de 4 millones son mujeres (que representan una





tercera parte de la población adicta al tabaco en el país); 69.7% no fuma y el 14.3% refirieron ser exfumadores.

La prevalencia de fumadores entre los adolescentes fue de 10.1%, lo que equivale a casi 1 millón de individuos con una mayor proporción de hombres (15.4%) que de mujeres (4.8%). Es decir, para este grupo de edad se tienen 3 fumadores varones por cada mujer (ENA 2002).

Estos datos resultan de gran utilidad si consideramos que las mujeres que fuman tienen 3 veces más probabilidades de ser infértiles que las que no fuman. El efecto antiestrogénico en el ovario puede provocar alteraciones menstruales, sobre todo dismenorrea, falta de ovulación y por tanto dificultad para el embarazo, además de problemas en la trompas de Falopio. También puede llevar a una menopausia temprana de 1.5 a 2 años antes que en las no fumadoras, por lo que la osteoporosis también se presentaría con la misma diferencia. Asimismo, este efecto antiestrogénico las priva de un mecanismo de defensa contra el desarrollo de arterioesclerosis, lo que aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica.

Por otro lado, las sustancias tóxicas del tabaco, atraviesan la barrera placentaria produciendo efectos en el producto de la gestación, entre ellos: organogénesis más lenta de lo normal, y en general retraso en el crecimiento intrauterino. Con disminución de longitud y peso del producto, mayor riesgo de malformaciones congénitas como paladar hendido y anomalías del corazón. Los recién nacidos de madre fumadora presentan con mayor frecuencia muerte súbita y son más susceptibles a infecciones respiratorias, neumonías, asma, tos, y sibilancias, que los hijos de madres no fumadoras. Se menciona al tabaquismo como factor de riesgo para la embolia, cuando se asocia con uno de anticonceptivos orales.

Para el caso del hombre, la literatura reporta que el cigarrillo provoca disminución de la densidad y de la velocidad del esperma, con reducción de la mortalidad de 50%, al tiempo de dañar las arterias del pene provocando impotencia (Lorenzo y cols. 1998).

Consejería en Tabaquismo

La población en general se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo para iniciarse en el consumo del tabaco, por lo que es indispensable promover y fortalecer desde el primer nivel de atención, los factores protectores a fin de inhibir o desalentar a ciertos grupos proclives a iniciarse en el consumo de tabaco y propiciar que se mantengan sanos. En las unidades del primer nivel de atención se desarrollan actividades dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente. (MASPA, 1995).

El primer nivel de atención brinda una oportunidad excelente para abordar el problema del consumo de tabaco al ofrecer la posibilidad de realizar un diagnóstico temprano, ofrecer atención oportuna a través de intervenciones breves como la Consejería en Tabaquismo, así como de dar seguimiento. (semFYC, 1997).

CONCEPTO

La Consejería en Tabaquismo es una intervención que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el paciente o usuario de servicios de salud adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud, en este caso, el abandono del consumo de tabaco.

Esta intervención que se realiza, generalmente, en forma circunstancial. Identifica al fumador o fumadora entre las personas que acuden a un servicio de salud por otro motivo distinto del tabaquismo o mediante el reclutamiento de población a través de anuncios, cartas o cuestionarios administrados rutinariamente desde un centro de salud, como parte de un programa de promoción de la salud (Rodríguez Martos, A. 2002). Es importante recalcar que se trata de una población que acude a un servicio de atención médica, por un problema que no es el tabaquismo, por lo cual necesita que alguien le ayude a entender al consumo de tabaco como un peligro para la salud, y que le apoye de un modo efectivo para dejar de fumar (semFYC, 1997).

El objetivo fundamental de la Consejería en Tabaquismo es desarrollar una autoeficacia positiva en cada paciente, es decir que confíe en su capacidad para poner en práctica un cambio de conducta que le permita desarrollar un plan de acción para lograr dicho cambio.

Todo individuo tiene recursos, fuerzas y experiencias previas que puede utilizar para facilitar los cambios



que pretende. Con frecuencia es necesario aportar mayor información respecto a las estrategias conductuales eficaces que pueden utilizarse para lograr la conducta buscada. El efecto de estas estrategias pueden observarse con un control evolutivo y ajustarse el plan de tratamiento según las necesidades y características personales. En esta guía se da énfasis a la necesidad de aplicar intervenciones adecuadas de acuerdo con el paciente, género y la edad (semFYC, 1997).

La Consejería en Tabaquismo puede requerir desde dos a tres minutos hasta diez o quince minutos adicionales en la consulta médica.

Ello dependerá del uso de materiales y recursos auxiliares, y de la disponibilidad de tiempo del personal de salud. El aspecto más importante de esta técnica es que destaca la importancia de la participación del paciente en el desarrollo de un plan de cambio efectivo (semFYC, 1997).

La Consejería en Tabaquismo implica una mayor exploración de los recursos, motivaciones, fuerzas, áreas problemáticas y patrones de conducta del paciente con relación a la conducta a modificar, es decir, incorpora un papel de facilitador al médico mediante la discusión y exploración de la forma en que el paciente puede hacer los cambios necesarios. El profesional ayudará a fomentar la conciencia del problema y actuará como catalizador para el cambio (semFYC, 1997).

La interacción entre profesionales de la salud y pacientes en una entrevista de la Consejería en Tabaquismo difiere de la que caracteriza al tratamiento médico tradicional; en ésta última, el papel del paciente suele ser de cooperación y dependencia; en el caso de la Consejería en Tabaquismo, el paciente interviene activamente en el diagnóstico y tratamiento y la relación es de

colaboración. Además, el médico debe asumir la responsabilidad clínica de facilitar la progresión a lo largo de una secuencia de pasos diseñados para ayudar al paciente a efectuar los cambios necesarios. (semFYC, 1997).

UTILIDAD Y VENTAJAS

Si bien la Norma Oficial Mexicana NOM-168 del Expediente Clínico define al tabaquismo, al alcoholismo y a otras adicciones como padecimientos que requieren diagnóstico, intervención y seguimiento, en la práctica clínica diaria todavía son pocos los profesionales de la salud que están concientizados acerca de esta problemática.

Los estudios han demostrado que una intervención de 3 minutos por parte de los médicos de cabecera puede conseguir que un 5% de los pacientes que acuden a consulta por cualquier motivo, dejen de fumar al menos durante un año. (Rusell, 1979). Cuando hacen intervenciones más intensivas, logran alrededor de un 22.5% y se han reportado hasta 39% de éxitos al año (Schwartz, 1992, Martin, 1993, Torrecilla García, 2001).

Desde el clásico estudio que Rusell realizó en 1979, parece indudable que una de las formas de disminuir el tabaquismo (al menos desde una perspectiva de salud pública) es conseguir que el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes fumadores, se acepte como una responsabilidad propia de los profesionales en el primer nivel de atención (Torrecilla García, 2001). Por otra parte, el costo que conlleva el tratamiento del tabaquismo, tanto desde el punto de vista de la intervención mínima, como del uso de la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) o del tratamiento farmacológico en general, es menor que el de otras actividades que se realizan cotidianamente en cualquier consulta de atención primaria como el tratamiento de la

hipercolesterolemia o de la hipertensión arterial, lo que hace que esta actividad sea, además de eficaz, eficiente (Plans et al 1995).

Dada la magnitud del problema y los mínimos recursos necesarios para su abordaje en la práctica asistencial rutinaria, es interés de las autoridades convencer, estimular y capacitar a los médicos en todos los niveles de atención.

OBSTACULOS

En el primer nivel de atención, la Consejería en Tabaquismo se enfrenta a algunas dificultades específicas, relacionadas con la formación actual de los profesionales y con la cultura sanitaria de la población, que han sido sintetizadas por Demack (1987): en primer lugar, el profesional espera “éxitos terapéuticos” a corto o mediano plazo, mientras que el paciente espera un “tratamiento” más que un consejo; por otro lado, muchos pacientes tienen escasa disposición para asumir la responsabilidad sobre su propia salud.

Otro obstáculo de gran importancia radica en la excesiva carga de trabajo a la cual se enfrentan los profesionales y la escasez de tiempo en la práctica clínica diaria. Además, en nuestro país, una importante proporción de personal médico y paramédico es fumadora y por lo tanto, resistente a incorporar acciones que contrarresten el consumo, independientemente de que no se puede aconsejar algo diferente de lo que se muestra con el ejemplo.

Paso de Paso

Existe una estrategia conocida como de las 5 “**a**es”, a través de la cual el profesional podrá abordar a todo paciente:

- 1 **a**verigüe
- 2 **a**conseje
- 3 **a**cuerde
- 4 **a**poye
- 5 **a**nticipe

averigüe

El primer paso es preguntar, en cada visita, sobre el consumo de tabaco a las personas adultas y registrarlo en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta detección en cada paciente debe ser una vez cada dos años.

No es necesario continuar preguntando a las personas adultas que nunca han fumado, ni a quienes llevan muchos años sin fumar, cuya información consta en las historias clínicas. Se estima que un 90% de los fumadores empieza a consumir tabaco antes de los 20 años; si se deja un periodo de 10 años adicional para identificar los comienzos tardíos, no sería necesario volver a interrogar a mayores de 30 años que se han mantenido como no fumadores.

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO

En primer lugar, todo tipo de consumo produce daño. Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes que en ninguna dosis puede ser inocua. Sin embargo, el riesgo se asocia con el número de cigarrillos consumidos por día y el tiempo que se lleva fumando. Para la OMS, un fumador es la persona que ha fumado a diario durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, inclusive uno. Sin embargo, en la práctica habitual, y en el contexto de la mayoría de los protocolos clínicos, fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta:

¿fuma usted?

Una vez que se sabe que una persona fuma, es importante interrogarla sobre algunos aspectos esenciales para aumentar la efectividad de la Consejería en Tabaquismo. Las intervenciones deben ser adecuadas al grado de motivación y a la dependencia del tabaco que padezca el fumador.

Al momento de realizar esta valoración sobre el consumo de tabaco, es importante recordar que las mujeres presentan doble riesgo que los hombres de sufrir daño a la salud relacionado con el tabaquismo.

Esto último, sumado a los reportes acerca del incremento de consumo en mujeres. Por cada dos hombres fumadores hay una fumadora, para el caso de adultos; y, en encuestas que incluyen adolescentes, la diferencia se reduce de 1 a 1; con lo que se muestra por qué estos grupos, jóvenes y mujeres, se consideran vulnerables, y por lo

tanto, merecen atención diferenciada desde el interrogatorio y durante toda la intervención.

Un caso especial lo constituyen las mujeres embarazadas o que piensan embarazarse ya que el consumo de tabaco provoca efectos tales como pérdida de la energía y náuseas más intensas, disminución del peso placentario, desprendimiento prematuro de la placenta, abortos espontáneos, partos prematuros, partos de mayor duración y más dolorosos, además de que se incrementa la mortalidad de los recién nacidos.

Para valorar la dependencia física de la nicotina se puede usar el **Cuestionario Fargeström**, el cual ha sido adaptado y validado en México:

1	¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	31 o más	3
		21 a 30	2
		11 a 20	1
		Menos de 10	0
2	¿Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto?	Sí	1
		No	0
3	¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	Menos de 5 min.	3
		6 a 30 min.	2
		31 a 60 min.	1
		Más de 60 min.	0
4	¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	El primero de la mañana	1
		Algún otro	0
5	¿Le es difícil no fumar donde se prohíbe fumar?	Sí	1
		No	0
6	¿Fuma usted cuando está enfermo o incluso en cama?	Sí	1
		No	0

CONVERSIONES	EQUIVALE A:
1 pipa	3 Cigarros
1 puro	4-5 cigarros
1 puro pequeño	3 Cigarros

CALIFICACIÓN

Es dependiente si tiene puntuación de 5 puntos o más.

Versión validada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias



En el contexto de las consultas de primer nivel, muchas veces puede ser suficiente plantear cuatro preguntas para evaluar el grado de dependencia:

1. **¿Cuánto fuma?**
2. **¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?**
3. **¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?**
4. **¿Qué pasó?**

Las personas que consumen más de 15 cigarrillos al día, que fuman el primer cigarrillo en los primeros 15-30 minutos de la mañana, que han hecho intentos previos de dejar el consumo y/o que presentan malestar y recaídas durante las primeras semanas, tienen probablemente un grado importante de dependencia; y, por lo tanto, muchas posibilidades de experimentar síndrome de abstinencia al dejar de fumar, lo que condiciona sus posibilidades de éxito para mantenerse sin fumar.

El segundo paso es valorar si el paciente está motivado para abandonar el consumo de tabaco. De su motivación, dependerá el tipo de intervención por aplicar y, posteriormente, los resultados que se obtengan.

Un cambio de conducta no es un acto puntual. Es un proceso con varias etapas más o menos estandarizadas, que requiere un tiempo generalmente largo. Prochaska y Di Clemente crearon un modelo para la conducta de fumar, su uso se ha extendido y permite explicar muchas otras formas de comportamiento, sobre todo, adictivas.

Las etapas del cambio fueron definidas como sucesivas a lo largo de un proceso en la siguiente forma:

- **Precontemplación:** la persona no ha considerado la idea de cambiar la conducta. El fumador piensa que el tabaco no lo perjudica y no está preocupado por este asunto. No se ha planteado la posibilidad de dejar de fumar. Esto es típico en fumadores jóvenes sanos.
- **Contemplación:** hay un planteamiento serio de cambio, el fumador se interesa en dejar de fumar, en general, debido a la aparición de síntomas o a experiencias cercanas de enfermedades o muertes relacionadas con el tabaco. En este estadio, el fumador piensa que debe y puede dejar de fumar y es capaz de fijar una fecha para hacerlo.
- **Preparación:** el individuo está dispuesto a intentar un cambio, y en consecuencia, planea seriamente para un futuro inmediato, normalmente en el plazo de un mes; frecuentemente ya ha realizado esfuerzos en dirección al cambio. En el caso de los fumadores, esto se traduce en algún intento que ha durado al menos 24 horas, o bien, haber disminuido el consumo de cigarrillos.
- **Acción:** la persona está realizando los pasos necesarios para cambiar. Aquí el fumador pone en práctica los planes que había hecho, e intenta dejar de fumar.
- **Recaída:** el fumador repite la conducta que había intentado cambiar. Recae.

- **Mantenimiento:** consolidación del nuevo estatus, la persona que ya ha cambiado está evitando recaer. En este caso el exfumador se mantendría sin volver a fumar (Prochaska, Di Clemente, 1991).

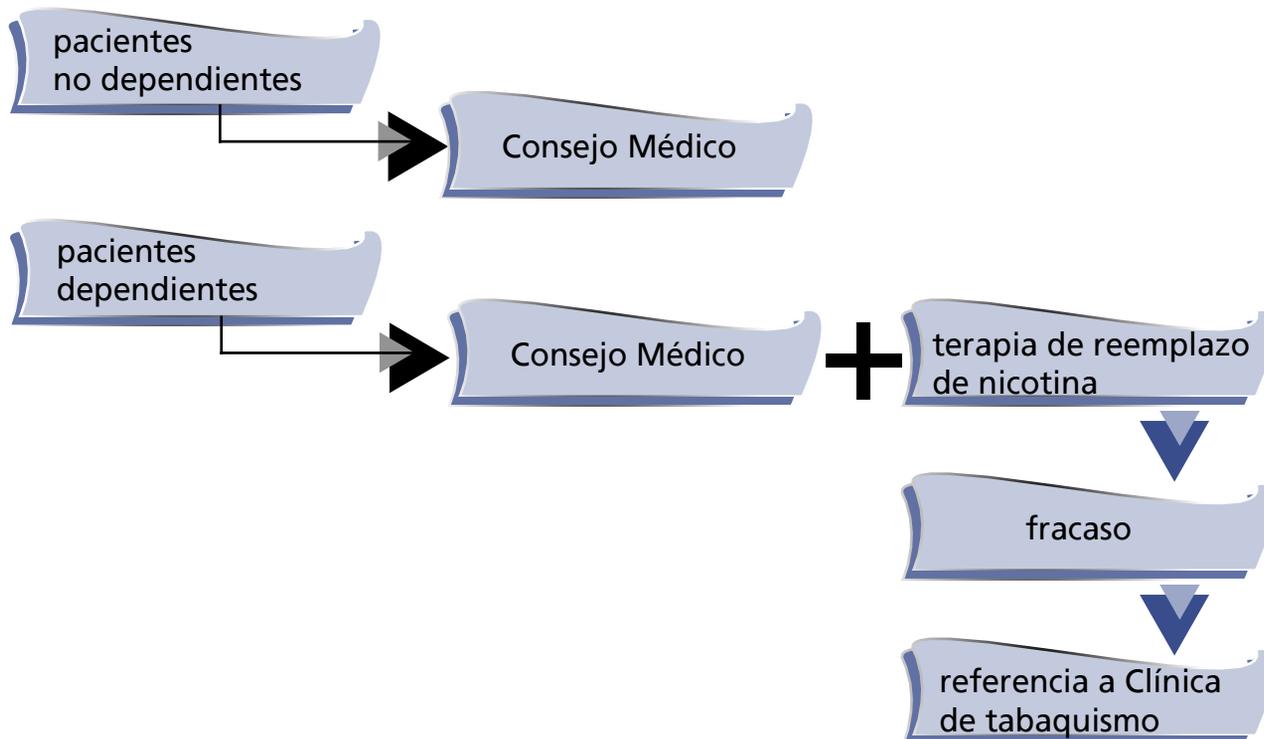
Hay varios puntos clave relacionados con esta teoría. Por un lado, este proceso es cíclico: la persona que recaer, vuelve a un estadio en el cual, por el momento prefiere no cambiar la conducta, para volver a plantárselo, etc. Por otro, las recaídas son parte normal de este proceso, pues la mayor parte de la gente necesita varios intentos antes de cambiar definitivamente una conducta.

En cada una de las etapas, las intervenciones adecuadas son diferentes: en las primeras fases

se promueve un cambio de actitudes, mediante la escucha activa de lo que expresa el paciente y una información personalizada. En las fases de acción y mantenimiento, el paciente necesita, sobre todo, ánimo, apoyo e instrucciones (Marin, Raw, 1993).

Con estos elementos de valoración de la dependencia y grado de motivación se tomará una decisión para intervenir.

Después de aplicar el cuestionario y definir si el paciente presenta o no dependencia a la nicotina, se recomienda actuar de acuerdo con el siguiente esquema:



aconseje

¿Cómo debe ser el Consejo?

La Consejería en Tabaquismo depende en gran medida de la percepción de profesionales sobre la eficacia del mismo. Es fundamental, que el médico esté convencido de la utilidad de su intervención (Mann, 1989).

La Consejería en Tabaquismo siempre debe ser positivo, ya que se está intentando que una persona tome una decisión de cambiar una conducta poco saludable. En tal sentido, hay mensajes que se pueden dar a un fumador: si deja de fumar su expectativa de vida aumenta y se incrementa su probabilidad de vivir sin enfermedades o sin incapacidad (semFYC, 1997).

También debe ser claro. La evidencia científica sobre la importancia de no fumar es contundente y el mensaje ha de transmitirse sin ambigüedades.

Por otra parte, debe ser personalizado. En atención primaria el médico conoce detalles de la vida del paciente que pueden ayudar en el Consejo; adecuado al momento del proceso de cambio en que está el individuo y específico, por ejemplo, si se trata de un adolescente, hacer hincapié en aspectos estéticos, que son los de mayor importancia en esta etapa vital; si es una mujer hacer énfasis en los problemas que el tabaco puede ocasionar en su salud reproductiva. Este enfoque diferenciado permite abordar las consecuencias específicas en cada caso y buscar la equidad correspondiente.

acuerde

Plan para dejar de fumar.

Cuando un fumador acude a la consulta y está motivado para dejar de fumar, es muy importante acordar con él una fecha para suspender el consumo, Por lo regular se recomienda al paciente que elija una fecha en las cuatro semanas siguientes, misma que se registra en la historia clínica. Esto supone un compromiso firme, que refuerza la motivación del paciente y lo ayuda a tener éxito. Se debe evitar seleccionar días durante periodos de mayor estrés, preocupación, depresión, también días libres o de celebraciones.

Para el caso de las mujeres se procurará que la fecha fijada no coincida con la menstruación, ya que los cambios hormonales potencian el síndrome abstinencia.

Desde el momento en que se toma la decisión y hasta el día acordado para dejar de consumir, el fumador puede llevar a cabo algunas acciones que le ayudarán:

- o Pensar y escribir las razones para dejar de fumar y también las razones por las que fuma
- o Desautomatizar la conducta de fumar: durante algunos días, registrar todos los cigarrillos que consume, las circunstancias en las que lo hace y el grado de motivación que siente para fumar. Esto ayuda a conocer las situaciones asociadas a la conducta de fumar y prever maneras de afrontarlas sin cigarrillos durante los primeros tiempos para después dejarlos.
- o Calcular el dinero que gasta en fumar y planear usarlo en adquirir algo deseado por largo tiempo.

- o Buscar apoyo para dejar de fumar: puede ser más fácil dejar de fumar al mismo tiempo que un amigo o el cónyuge.
- o Aconsejar al paciente que piense sólo en el día concreto, que realice ejercicios suaves, además beber grandes cantidades de agua o de jugos de frutas ricos en vitamina C (le ayudará a eliminar la nicotina), masticar chicles sin azúcar, tener algo en las manos, una pluma, por ejemplo, para ayudar a calmar el componente oral y manual, así como practicar ejercicios de relajación sencillos. Por ejemplo, varias respiraciones profundas seguidas.
- o Deshacerse de cigarrillos y ceniceros. Limpiar todo lo que huelva a tabaco.
- o Realizar ejercicios de relajación y respiración (semFYC, 1997, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, Universidad Nacional Autónoma de México, Nicorette).

Citas de seguimiento.

Si bien el Consejería en Tabaquismo puede efectuarse como una intervención aislada, que alcanza cierto margen de efectividad, lo ideal es que se realice de manera sistemática con seguimiento, para obtener mejores resultados (Silagy, et al, 1988, Torrecilla et al, 2001).

Se sugiere por ello, que una vez llevado a cabo el Consejo, es importante que el profesional de la salud fije citas posteriores en las cuales –en el caso de tratarse de pacientes no motivados para el abandono del consumo- se siga abordando el tema del tabaquismo y los daños a la salud que provoca. En los casos de pacientes motivados, vigilar el cumplimiento del plan personal desarrollado para dejar de fumar. También ha de trabajar sobre síntomas de abstinencia, alimentación y actividad física adecuados.

La primera cita de seguimiento se recomienda fijarla una o dos semanas después de la fecha acordada para dejar de fumar. En la misma se averigua sobre el consumo de tabaco para ayudar a evitar recaídas. El profesional debe felicitar a su paciente cuando ha logrado su objetivo de dejar de fumar.

En estas citas deben controlarse peso y signos vitales (Consejo Nacional contra las Adicciones, IMSS, ISSSTE, DIF, Universidad Nacional Autónoma de México, Nicorette).

Posteriormente, ha de fijarse una segunda cita de seguimiento entre uno y dos meses después. Si el paciente ha recaído, es importante discutir las circunstancias de la recaída y cualquier otra preocupación especial, además de trazar un nuevo plan para dejar de fumar.

apoye

Para reforzar el Consejería en Tabaco se pueden proporcionar folletos de autoayuda con instrucciones concretas sobre cómo dejar de fumar. Ofrézcase a discutirlo con la persona, así como a proporcionar material didáctico con información sobre daños a la salud ocasionados por el tabaquismo.

Existen materiales enfocados a poblaciones adolescentes, de mujeres y embarazadas en los cuales se recalcan los daños a la salud que provoca el tabaquismo y las ventajas de dejar de fumar, de manera diferenciada (Consejo Nacional contra las Adicciones, IMSS, ISSSTE, DIF, Universidad Nacional Autónoma de México, Nicorette).

También puede ayudar al paciente con información sobre dietas y esquemas de alimentación para controlar el peso.



Es fundamental tener a mano un directorio de clínicas de tabaquismo y de otras instituciones de salud, hospitales de segundo y tercer nivel, por si se requiere la referencia del paciente.

anticipe

La mayoría de las recaídas se producen en las primeras dos o tres semanas después de dejar de fumar y están relacionadas con el síndrome de abstinencia.

Es muy importante avisar al paciente que tal síndrome puede presentarse, e informarle que se trata de una situación frecuente dentro del proceso, cuyo curso y evolución son conocidos y que sus síntomas desaparecen en un tiempo corto. El seguimiento en las primeras dos semanas puede ayudar a superar este periodo crítico y aumenta las expectativas de éxito.

Otro factor relacionado con las recaídas es el aumento de peso que se produce en un alto porcentaje de fumadores cuando dejan de fumar. Es importante discutir el tema con ellos, reconocer que al dejar de fumar se gana en promedio entre 2 y 4 Kg. y que sólo un pequeño porcentaje de personas aumenta 10 Kg. o más. Por esto, es importante aconsejar que se evite o disminuya la ingesta de azúcares y de comidas ricas en calorías (semFYC, 1997).

Como se ha mencionado, es de gran importancia señalar las molestias ocasionadas por el síndrome de abstinencia. No obstante, dejar de fumar, representa innumerables beneficios que van desde, normalización de la presión cardíaca y ritmo cardíaco, así como que los bebés de madres que dejaron de fumar durante el primer trimestre

de embarazo alcanzan un peso normal. También se reduce entre 30% y 50% el riesgo de cáncer pulmonar después de 10 años y finalmente, luego de 15 años, el riesgo de muerte como ex fumador se equipara al de quien nunca ha fumado (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, Universidad Nacional Autónoma de México, Nicorette).

Estrategias de Intervención

Para las diferentes fases del proceso de cambio

FASE	ESTRATEGIAS	
Precontemplación	Averigüe	Sobre consumo de cigarrillos
	Aconseje	Analice los componentes del fumar Ayuda al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia)
	Acuerde	Que comentará ventajas y desventajas de fumar
	Apoye	Proporcione información (material didáctico, folletos).
	Anticipe	Que seguirá abordando el tema
Contemplación	Averigüe	Sobre consumo de cigarrillos
	Aconseje	Analice los componentes del fumar Ayude al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia)
	Acuerde	Que comentará ventajas y desventajas de fumar
	Apoye	Proporcione información, (material didáctico, folletos).
	Anticipe	Que seguirá abordando el tema
Preparación	Averigüe	Sobre consumo de cigarrillos e intentos previos de dejar de fumar
	Aconseje	A llevar registro de consumo diario Que identifique qué le hace desear fumar Apoyos y peligros de recaídas
	Acuerde	Elabore un plan personal con fecha de abandono
	Apoye	Terapias de apoyo y clínicas de tabaquismo
	Anticipe	Síntomas de abstinencia
Acción	Averigüe	Si dejó de fumar en la fecha acordada
	Aconseje	Que siga su plan como fue programado En su caso, usar la terapia prescrita Evitar tentaciones y eludir disparadores
	Acuerde	Aplicar el plan Realizar más actividad física
	Apoye	De ser necesario, refiera a terapia de apoyo
	Anticipe	Síntomas de abstinencia Que puede subir de peso
Mantenimiento	Averigüe	Si continúa sin fumar, síntomas de abstinencia
	Aconseje	Alimentación correcta, actividad física
	Acuerde	Citas de seguimiento
	Apoye	Dieta, en casos necesarios
	Anticipe	Posibles recaídas
Recaída	Averigüe	Motivos de la recaída
	Aconseje	Que puede reintentar abandonar el consumo
	Acuerde	Plan personal Citas con seguimiento
	Apoye	refuerce la motivación de su capacidad para lograrlo esta vez
	Anticipe	Nuevas recaídas

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud: "La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco". 2000
- Comas Fuentes, A., Suárez Gutiérrez R., López González, L. y Cueto Espinar, A.: "Efectividad a largo plazo del consejo antitabáquico en atención primaria: el proceso de recaída". *Revista Española de Salud Pública*, 70, 1996.
- Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia: "Algoritmo de la Intervención Médica para Ayudar a sus Pacientes a dejar de fumar".
- Córdoba García, R. Ortega Sánchez-Pinilla, R., Cabezas Peña, C., Forés García, D. y Robledo de Ríos, T. "Recomendaciones sobre estilos de vida". *Atención Primaria*, 28, 2001.
- Glynn, T.J.: "Physicians and a smoke-free society". *Arch Intern Med* 148:1988.
- González, E., Ramírez, E., Cícero, R. y Gutiérrez, H.: "Papel del médico general en el abandono del hábito de fumar. Manual Operativo. Clínica contra el tabaquismo. Unidad de Neumología, Hospital General de México, Secretaría de Salud. 2001.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, Universidad Autónoma de México, Nicorette: "Guía para la ayuda del paciente fumador".
- Ladero Quezada, J. M.; Lorenzo Fernández, P.; Leza, Lizasoain: "Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación". Ed. Médica Panamericana. España 1998.
- Mann KV, Putman RW.: "Physicians' perceptions of their role in cardiovascular risk reduction". *Prev. Med*: 18. 1989.
- Marín, D., Salvador T.: "Intervención mínima en el tabaquismo desde la atención primaria. Vol. 2. Ed. Dovma. Barcelona 1989.
- Martín C., Jané, C. y Nebot, M.: "Evaluación Anual de un programa de ayuda al fumador". *Atención Primaria*, 12, 1993.
- Peña Corona, M. P., Ponciano Rodríguez G., Sansores Martínez, R., Hernández Ávila, M., Ocampo Ocampo, A., Fuentes Iturbe, P., Rubio Monteverde, H., López Antuñano, F. y Camacho Solís, R.: "Consejería en Tabaco ante el problema del tabaquismo en México". En *Práctica Médica Efectiva*, Vol. 3 N° 12, dic. 2001
- Plans, P., Navas, E., Tarín, A., Rodríguez, G. Gali, N., Gayta R. Et al.: "Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)*, 104, 1995.
- Prochaska, J., Di Clemente, C., Fairhurst, S. Velicer, W, Velásquez, M. y Rossi, J: "The process of smoking cessation: an análisis of the precontemplation, contemplation and preparation stages of change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1991.
- Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) "Guía básica sobre consejo de los profesionales sanitarios dirigidos a modificar hábitos de vida". 1997.
- Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) "Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar". 1997.
- Raw, M.: "Smoking module. In. *Helping People Change*". Health Education Authority. 1993.
- Rodríguez-Martos, A. "Efectividad de las técnicas de consejo breve". *Adicciones*, Vol. 14 Supl. 1. 2002.
- Rubio Monteverde., Oviedo Gómez, M., Sansores Martínez, R., Vélez Barajas, A. y Castejón Vacío j: "Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México". 2001.
- Russell, MAH., Wilson C., Taylor C., Baker CD.: "Effect of general practitioners advice against smoking". *BJM* 2. 1979.
- Secretaría de Salud: "Ley General de Salud". Dirección General de Asuntos Jurídicos. 3° Ed., 1993, México.
- Secretaría de Salud: "Modelo de atención a la salud para población abierta MASP", 1995
- Secretaría de Salud: "Programa Nacional contra las Adicciones: Tabaquismo". 2001
- Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de Adicciones, 1998
- Silagy, C., Ketteridge S.: "Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue4. Oxford: Update Software, 1988.
- Slama, k: "Prevención y Control del Tabaquismo. Guía para Países con Escasos Recursos Económicos". Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICter). Francia, 2000
- Torrecilla García M., Berruero Ferrero, M., Maderuelo Fernández, JA., Jiménez Ruiz CA., Plaza Martín, MD. Y Hernández Mezquita, MA.: "Deshabitación Tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del Consejo en Tabaco, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento". *Atención Primaria*, 27, 2001.