



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

**Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
11ª Generación**

2014-2015

Reporte de Investigación

Para obtener el Diploma y Cédula de
Especialista para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

Evaluación del Programa de Cesación de Tabaquismo en las Clínicas de la
Delegación Regional Zona Sur ISSSTE

Alumna:

Lydia Cecilia López Pelcastre

Asesor:

Mtro. Marco Antonio Hernández Delgado

Firma

ÍNDICE

I.	Marco Teórico	
	a. Historia	3
	b. Componentes químicos del tabaco	6
	c. Epidemiología	8
	d. Daños a la salud	10
	e. Determinantes de la conducta de fumar	17
	f. Criterios diagnósticos para la adicción al tabaco	21
	g. Programas para la prevención y control del tabaquismo	30
	h. Resultados de la Evaluación de la Clínica para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil	35
	i. Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México	38
	j. Guía Técnica para Operar las Clínicas de Atención al Tabaquismo en Unidades Médicas ISSSTE	42
II.	Relevancia del estudio	46
III.	Planteamiento del problema	48
IV.	Objetivo principal	49
V.	Objetivos específicos	50
VI.	Justificación	51
VII.	Metodología	52
VIII.	Consideraciones éticas	55
IX.	Resultados	56
X.	Discusión	63
XI.	Conclusión	65
XII.	Bibliografía	68
	Parte complementaria	
	Anexos	70

I

MARCO TEÓRICO

Historia

El origen de la planta de tabaco proviene del continente americano, se sabe que el ser humano lo ha utilizado para inhalar el humo de las hojas desde hace aproximadamente 2000 años.

En México, existen varias especies solanáceas además de *N. tabacum L*, como *N. glauca* (tabaco amarillo) y *Neurolaena lobata*, no solanácea (tabaco cimarrón) que se cultiva en clima cálido. La palabra cigarro deriva probablemente de sik'ar que en maya significa fumar. (Sabido, 2003)

Actualmente se conoce que el componente químico adictivo de la hoja del tabaco es la nicotina, quien se encarga de producir una sensación placentera al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central.

Los indígenas de América ya consumían el tabaco desde la época precolonial, asimismo, los mayas la utilizaban con fines mágico-religioso-político-medicinal.

Los aztecas lo conocían como yetl y lo empleaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante.

El consumo de tabaco se expandió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas. Aunque se sabe que el uso del mismo tiene su origen mucho antes del descubrimiento de América.

En Europa para el año de 1497, dentro de las crónicas del Fray Bartolomé de las Casas y el Fraile Romano Pane, fueron quienes dieron a conocer al rey Carlos V

el conocimiento inicial de las virtudes medicinales de las hojas de tabaco. (Rubio Monteverde, 2006)

En ese mismo año, Américo Vesputio lo señalaba como masticatorio por los indígenas en una de las islas de Venezuela. Para el año de 1510, los hombres de Colón llevaron las primeras semillas a España.

Para finales del siglo XVI el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, sin embargo, se adoptaron diversas políticas para penalizar y restringir su consumo; entre ellas, sobresale la excomunión dictada a los fumadores por los Papas Vibano (Urbano), Vibano VIII, Inocencio X e Inocencio XII; físicamente más terribles resultaron las penas que iban desde el arresto hasta la horca y la decapitación, pasando por diversos tipos de mutilación, ejercidos en Dinamarca, Rusia, China y Turquía. Ya en 1619 Jacobo I, rey de Inglaterra, lo declaró nocivo en su documento *Misocarpus*; en 1635 fue prohibido por los frailes dominicos.

En 1614 Felipe III decretó a Sevilla como la capital del mundo del tabaco, al ordenar que se estableciera la primera gran fábrica de tabaco y que todo el producto recolectado en los dominios del imperio fuera trasladado a la misma Sevilla para su control, manufactura y posterior exportación. (Rubio Monteverde, 2006)

El Papa Alejandro VII, con gran visión financiera, estableció el primer impuesto en el mundo sobre el uso del tabaco, en el año de 1660, antes de que se levantara la excomunión a los fumadores, acción que fue completada por Benedicto XII al establecer la primera fábrica pontificia de tabaco en 1779, encargando la elaboración de los cigarrillos a las monjas de varios conventos de Roma.

Para el año de 1753, la planta fue descrita y clasificada por Carlos Linneo quien la bautizó con el nombre de *Nicotiana tabacum* en honor del embajador francés en Portugal Jean Nicot. (Rubio Monteverde, 2006)

En México, ya en 1787 existían máquinas para picar tabaco y producir cigarrillos en gran escala.

Las mujeres que hasta principios del siglo XX no eran bien vistas cuando fumaban, porque se consideraba un hábito indecente. Se dice que se liberaron de este prejuicio entre 1920 y 1945 y comenzaron a fumar sin ninguna limitación y en cualquier lado, afirmando su independencia, igualdad, emancipación y patriotismo.

El primer cigarrillo con filtro apareció en 1949, como una respuesta a la presión de un sector de los fumadores, preocupados por los daños que pudiera causar a la salud. Por lo tanto, en la década de los cincuenta a los sesenta se encontraron evidencias que asociaban directamente el consumo de tabaco a diferentes enfermedades como la bronquitis, el enfisema, cáncer de pulmón y de otros órganos, así como de otras enfermedades, por lo tanto se inicia una lucha contra este hábito. (Rubio Monteverde, 2006).

Componentes químicos del tabaco

El tabaco tiene más de 7000 sustancias químicas, de las cuales más de 400 son tóxicas y 40 de ellas son responsables de producir cáncer y otras enfermedades como el EPOC. (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2011)

Se dice que sólo hay cuatro sustancias presentes en el tabaco con capacidad para generar adicción (alcaloides) de las cuales tres son secundarias: Nicotianina, Nicotinina, Nicotellina y la cuarta de ellas y la más importante la nicotina (Bello, Michalland, Soto y cols. 2005).

Existen sustancias que provocan en el organismo daños irreversibles, y los podemos dividir en: (Ocampo, s.f.)

a) Carcinógenos:

Carcinógenos	
Tipo	Nombre
Hidrocarburos polinucleares aromáticos	Benzopireno
Nitrosaminas tabaco-específicas	N-Nitrosomicotina N´nitrosomicotina N´nitrosopirrolidina
Aminas aromáticas	4-Aminobifenil 2-Naptilamina
Radionuclideos	Polonio-210 Uretano
Otros compuestos orgánicos	Benceno Cloruro de vinilo Ácido clorhídrico

b) Irritantes y tóxicos

Sustancias tóxicas e irritantes	
Gases	Partículas
Acetaldehído	Arsénico
Acetona	Benzo(a)antraceno

Acroleína	Benzo(a)pireno
Amoniaco	Cadmio
Benceno	Cromo
Cianuro de hidrógeno	Funguicidas
Dióxido de nitrógeno	Níquel
Estireno	Plomo
Formaldehído	2-Naftilamina
Herbicidas	4-Aminobifenil
Hidrocarburos clorados	
Insecticias	
Metanol	
Monóxido de Carbono	
N-Nitrosodietilamina	
N-Nitrosodimetilamina	
Organofosforados	

c) Adictivos

SUSTANCIAS ADICTIVAS
Nicotina
Nornicotina
Anabasina
Miosmesina
Nicotirina
NatabinaOxinicotina
Ácido Nicotínico

Epidemiología

El consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno se mantienen como la primera causa de muerte prevenible en el ámbito mundial. Poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y el consumo mata prematuramente a cerca de seis millones de personas anualmente y causa pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

A nivel mundial, mueren cada año 600 mil personas debido al humo de cigarro de segunda mano (fumadores pasivos) 75% son mujeres y niños. (OMS Atlas de Tabaco, 2012).

Cada segundo fallece una persona a causa de alguna enfermedad relacionada con el tabaquismo. El tabaco es responsable de la muerte de uno de cada 10 adultos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

En México contamos con la información obtenida de la Encuesta Nacional de Adicciones (Lazcano-Ponce et al, 2013), cuyo objetivo fundamental es caracterizar el comportamiento de la epidemia de tabaquismo.

Si bien el análisis transversal de la ENA Tabaco 2011, refiere una prevalencia de consumo de tabaco en la población de 12 a 65 años de 21.7% que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores, donde 31.4% son hombres (12 millones) y 12.6% son mujeres (5.2 millones); el análisis longitudinal del periodo 2002 a 2011, refiere una disminución de la prevalencia de consumo tabaco entre los hombres. De igual manera, se observa una disminución de la prevalencia de fumadores diarios respecto de 2002 tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto al patrón de consumo de los fumadores mexicanos es de 6.5 cigarros al día, permaneciendo estable.

La ENA Tabaco 2011, confirma que el grupo poblacional de mayor vulnerabilidad y riesgo de la epidemia del tabaquismo son los adolescentes entre 12 y 17 años, donde 12.3% (1.7 millones) son fumadores activos; 16.4% de los hombres (1.1 millones) y 8.1% de las mujeres (539 mil). Así mismo, el mayor incremento en la prevalencia de consumo de tabaco se ha dado entre las mujeres adolescentes donde el consumo para el 2002 fue de 3.8% y para el 2011 paso a 8.1%. (Lazcano-Ponce et al, 2013).

Daños a la salud

El tabaco es una droga y se ha reconocido como la causa de morbilidad y mortalidad prevenible y evitable.

Recientemente, el tabaquismo es considerado un problema de salud pública de los países desarrollados y subdesarrollados. Ya desde 1958 los doctores Doll y Hill declararon que la inhalación de las diversas sustancias incluidas en el tabaco, crea enfermedades crónico degenerativas que llevan a incapacidad y muerte prematura. (García del Castillo R., 2004)

A continuación citaremos algunas patologías:

Sistema Cardiovascular

En México se estiman al menos 40,000 muertes asociadas con este hábito cada año, entre las que destacan diversas patologías como cáncer pulmonar, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad vascular cerebral y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

A este respecto, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países industrializados, expresadas como cardiopatía isquémica, sin embargo, éstas se han incrementado con rapidez en los países en desarrollo, lo que ha provocado que en muchos de ellos se registre también como principal causa de mortalidad. Los años de vida potencialmente perdidos y atribuidos a muerte por enfermedad cardiovascular isquémica, globalmente ascienden a 46.7 millones. (ENA 2003-2011).

La enfermedad isquémica cardíaca representa la principal causa de muerte, con 42,516 defunciones registradas en 1997 con una tendencia ascendente desde hace más de 10 años, aun en lo que respecta a morbilidad. (ENA 2003-2011).

El tabaquismo es ampliamente aceptado como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como resultado directo sobre la viscosidad de la sangre y la aterosclerosis. Del mismo modo, la aterosclerosis se asocia con exposición a tóxicos del tabaco.

El desarrollo de la enfermedad isquémica debida a tabaquismo se ha descrito mediante cinco procesos que involucran aterosclerosis, trombosis, espasmo arterial coronario, arritmia cardiaca y reducción de la capacidad sanguínea para transportar oxígeno.

Los principales efectos se le atribuyen a la nicotina por su acción farmacológica sobre estos mecanismos, y al monóxido de carbono a través de su efecto en el transporte de oxígeno. A otras sustancias como el cadmio, el óxido nítrico y el disulfuro de carbón, también se les ha descrito su participación pero no son claros los mecanismos.

La aterosclerosis es la responsable de la reducción de la luz arterial debido a la proliferación celular en las paredes arteriales, la acumulación de lípidos y finalmente, la formación de placas y su calcificación (placas ateromatosas). Tiene un efecto tóxico directo sobre el endotelio. El daño al endotelio tiene un papel importante en el desarrollo de la aterosclerosis, ya que expone a la capa íntima de éste con los lípidos sanguíneos, los leucocitos, y a la agregación plaquetaria. Asimismo, reduce los niveles de lipoproteínas de alta densidad e incrementa las concentraciones de triglicéridos.

La trombosis arterial coronaria resulta de la formación de trombo-fibrina plaquetaria, y esto es un elemento clave en la etiología del infarto al miocardio. La agregación plaquetaria incrementada, las concentraciones de fibrinógeno elevadas y las concentraciones de plasminógeno bajas encontradas en sujetos fumadores también se han postulado como un papel importante en la formación de trombosis. (Salazar-Martínez, 2002)

El tabaquismo ha mostrado que promueve la vasoconstricción de las arterias coronarias y se ha asociado con un incremento de arritmias cardíacas y por lo tanto conducir a muerte súbita.

Embarazo y tabaquismo

Ciertos fenómenos sociodemográficos, tales como los cambios estructurales en la población, la mayor urbanización de la misma, el mayor acceso a la educación y el ingreso de las mujeres a formar parte de la población económicamente activa, han incrementado la prevalencia del tabaquismo en el sexo femenino. La ausencia de sistemas de información y vigilancia sobre este tema impiden realizar esfuerzos globales para su control. Fumar conlleva a numerosos problemas de salud.

Cuando una mujer embarazada fuma, además de poner en peligro su salud, hace peligrar la de su propio hijo. La sustancia más tóxica y ampliamente usada a la que está expuesta la mujer gestante es el humo del cigarrillo. (Maggiolo, 2011)

Los niños de madres fumadoras, al ser fumadores pasivos, tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedades respiratorias en los primeros años de vida, también, al respirar más rápido que los adultos, aspiran más productos químicos nocivos por kilogramo de peso por esto la exposición al humo de tabaco en el ambiente es particularmente dañina en ellos.

La nicotina es el principal alcaloide del tabaco y es el responsable de los efectos farmacodinámicos del humo del cigarrillo. Esta se absorbe desde el tracto respiratorio y la mucosa bucal distribuyéndose rápidamente a través de todo el organismo. La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central y causa la liberación de catecolaminas desde la médula adrenal y las células nerviosas determinando vasoconstricción, elevación de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.

La nicotina ha sido implicada como causante de serios efectos adversos en el feto atribuibles a insuficiencia placentaria y por exposición directa de la misma sobre el feto. En adición, junto con la nicotina, existen otros gases, tales como el monóxido de carbono, óxido de nitrógeno y ácido cianhídrico que pueden causar hipoxia por diferentes mecanismos.

La afinidad del monóxido de carbono por la hemoglobina es de cerca de 300 veces más alta que la del oxígeno, elevándose los niveles de carboxihemoglobina fetal hasta un 10-15 % del total de la hemoglobina circulante, cuanto mayor sea la cantidad de cigarrillos fumados por la madre. El óxido nítrico forma metahemoglobina, mientras que las cianidas forman cianometahemoglobina, siendo ambos productos incapaces de transportar oxígeno, por lo que dichos gases pueden causar hipoxia fetal y placentaria. (Tucumán, 2006)

Patología otorrinolaringológica

Dentro de las patologías principales que están estrechamente relacionados con el tabaco son la rinosinusitis crónica y el edema de Reinke. Éste también se ha relacionado con hiposmia y hipogeusia. Además el tabaco se ha relacionado con la pérdida de audición al disminuir el riego sanguíneo en el oído interno. Por ello, los fumadores pueden perder audición a edades más tempranas que los no fumadores, y son más vulnerables a esa complicación en caso de infecciones o exposición a ruidos intensos. Asimismo, los fumadores son tres veces más propensos que los no fumadores a padecer infecciones del oído medio. (Galindo, 2007).

Los tumores de boca, faringe o laringe se relacionan con el tabaquismo en la mayoría de los casos. El riesgo relativo, entre los fumadores, de padecer alguno de estos tumores se incrementa de 12 a 68 veces más que en un no fumador. Se sabe que los pacientes que han sufrido un cáncer de laringe eran fumadores en un 97% de los casos, los que lo superaron están, en su mayor parte,

laringectomizados, mutilados de la voz, y han tenido que aprender otros sistemas de comunicación para relacionarse con los demás. (Galindo, 2007).

También está muy claro que cuantos más paquetes se consuman, mayor es la probabilidad de ser diagnosticado de un tumor otorrinolaringológico en estadio avanzado, que lógicamente tiene peor índice de curación, y en los grandes fumadores la existencia de otro tumor en otras zonas se presenta en más del 50% de los casos.

Cuando se consume un cigarrillo, entran en juego más de 30 carcinógenos directos y, a su vez, multitud de sustancias lesivas, que pueden afectar a los bronquios alterando las membranas y permitiendo un incremento en la absorción de las sustancias potencialmente malignas. Si tenemos en cuenta que el gran fumador es también bebedor de alcohol, el sinergismo de ambos elementos elevará aún más el riesgo relativo de padecer una de estas patologías comentadas. (Galindo, 2007).

Existen otros factores, como las gasolinas, productos químicos etc., que se asocian a tumores y otras enfermedades del área otorrinolaringológicas, pero sólo entre el 1.3 y el 5% de los casos. Para el resto, es decir, el 95-98% de los que padezcan enfermedad otorrinolaringológica, el factor principal seguirá siendo el tabaco. (Galindo, 2007).

El oído es una de las muchas dianas del humo del tabaco. Provoca desde otitis seromucosas u otitis medias agudas hasta otitis crónicas o sorderas neurosensoriales.

Enfermedades gástricas

Los efectos de la nicotina se caracterizan por efecto parasimpático con incremento del tono y la actividad motora del intestino. Puede producir náusea, vómito y

diarrea. El fumar también es causante de otras enfermedades que representan una amenaza para la vida, como la úlcera de estómago o duodeno. (Chao, 2002)

El 50% de los fumadores padece de úlcera gástrica; la gastritis crónica y la esofagitis también son más frecuentes en fumadores. El tabaquismo produce lo anterior, por efecto de la nicotina en la hipersecreción de ácido clorhídrico, aumento en la velocidad de vaciado gástrico, así como mala oxigenación e irrigación del tejido gástrico. (Shanks TG, 1998)

El efecto carcinogénico de las sustancias que contiene el cigarro sobre el aparato digestivo se lleva a cabo mediante el contacto del humo con los tejidos directamente expuestos, como puede ser el caso del epitelio escamoso esofágico, pero también mediante otros mecanismos indirectos. Los diferentes componentes del humo se disuelven con la saliva y llegan al intestino donde son absorbidos; con posterioridad se metabolizan en el hígado y pasan a la circulación sistémica, alcanzando de esta manera múltiples órganos. Además, también se ha demostrado que este efecto carcinogénico es dosis-dependiente; es decir, a mayor consumo de cigarrillos, mayor probabilidad de desarrollar cáncer. Los mecanismos por los que el tabaco induce la aparición de estos tumores son múltiples e incluyen, entre otros, el daño oxidativo del ADN, la peroxidación lipídica, la inducción de apoptosis y neoangiogénesis y un efecto mutagénico a nivel molecular; además, estas alteraciones se han podido apreciar tanto en los fumadores activos como en los pasivos. (Chao, 2002).

Aparte de la capacidad carcinogénica, el tabaco aporta una elevada morbilidad en el aparato digestivo por las diferentes alteraciones que produce a nivel de la motilidad y de las secreciones gastrointestinales. Se producen alteraciones de la motilidad que son debidas a la acción del tabaco como agente anticolinérgico, lo que conlleva una inhibición de la actividad contráctil a cualquier nivel del tracto gastrointestinal; aunque este mecanismo por sí solo es difícil que produzca patologías, sí que puede agravar enfermedades o síntomas preexistentes, como

pueden ser los cuadros que cursan con estreñimiento o reflujo gastroesofágico.
(Chao, 2002)

Determinantes de la conducta de fumar

Existen circunstancias durante la adolescencia por la tendencia a conocer la sustancia (tabaco), así como la necesidad de pertenecer a diversos grupos de pares; se puede comenzar con una fase experimental y consumo recreativo que influyen en las personas para que se inicie en el consumo de tabaco, así como factores que condicionan el mantenimiento de la conducta de fumar. (Gómez, 2009).

FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DEL CONSUMO	
AMBIENTALES	Publicidad Accesibilidad Disponibilidad
SOCIALES	Familia Compañeros Educadores
PERSONALES	Psicológicos Genéticos

FACTORES RELACIONADOS CON EL MANTENIMIENTO DEL CONSUMO	
FARMACOLÓGICOS	Nicotina
CONDICIONANTES	De hábito Sensoriales

El hábito tabáquico es una conducta que se establece posterior a una serie de repeticiones que se ejecutan en un período de tiempo, y una vez establecida se mantiene a través de los años sin variaciones.

Se reconoce que la mayoría de los consumidores de tabaco persisten en su consumo por muchos años y típicamente pasan por períodos de remisión y recaídas.

La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central y responsable de la adicción, origina un sentido de alerta y en ocasiones puede percibirse un estado

de relajación, esto es lo que se conoce como efecto difásico del tabaco (estimula o relaja), provocando un efecto reforzante para el individuo y por consiguiente la adicción.

El fumador debe mantener unos niveles de nicotina en la sangre (nicotinemias en plasma) de entre 10 y 35 nanogramos por decilitro (ng/dl). Esta cifra es independiente del tipo y la cantidad de tabaco que se fuma. “El fumador regula la velocidad y su forma de inhalar para adaptarse a esta pauta de nicotinemias”, es por ello que hay personas que fuman 20 cigarrillos en un día y otros que lo hacen en tres. (Ocampo, s.f.)

Una vez que la persona le ha dado “el golpe” al cigarro, el humo ingresa por el sistema respiratorio hasta los pulmones donde se absorbe vía alveolar para pasar al torrente sanguíneo hasta el cerebro y traspasa la barrera hematoencefálica que es el sistema de defensa que posee el cerebro para evitar contaminarse y enfermar ya que es una parte muy importante y frágil del cuerpo.

Todo este proceso tarda alrededor de siete segundos, que aquí se reparte a dos sistemas importantes del cerebro: el sistema mesolímbico y el mesocortical. Cuyos principales receptores se encuentran en el núcleo accumbens y el locus coeruleus la nicotina puede llegar a estos centros debido a que es muy similar a sustancias que se producen normalmente en el cerebro de nombre *Acetilcolina* y *Dopamina*.

En el núcleo accumbens se produce la dopamina, sustancia química (neurotransmisor) que se encarga de las recompensas y de hacernos sentir placer con las cosas que cotidianamente llevamos a cabo como; comer, hacer ejercicio o el sexo, al llegar a este núcleo la nicotina, lo estimula y genera que la conducta de fumar se haga placentera, con lo que se establece que el fumar se vuelva a llevar a cabo lo que genera adicción al tabaco.

Por otro lado, cuando la nicotina llega al locus coeruleus, y al tener una estructura química muy similar a la de la noradrenalina y la acetilcolina que son las sustancias que se producen de forma natural en esta área del cerebro, y que controlan el movimiento y otras funciones como la atención, la vigilancia y el estrés da una sensación de mejora superficial, haciendo que el fumador sienta que está más atento, o más tolerante al estrés, es aquí también donde se originan los síntomas del síndrome de abstinencia que experimenta la persona al dejar de fumar. (Ocampo, s.f.).

Una vez que la nicotina ha llegado al cerebro entra en contacto con las neuronas, y la nicotina entra en acción alterando el proceso se dirige al sitio de unión entre las neuronas, donde se lleva a cabo el intercambio de información, sinapsis, que se lleva a cabo mediante neurotransmisores; la nicotina se hace pasar por un neurotransmisor (antagonista parcial).

Las manifestaciones clínicas dependen de las características individuales de personalidad de cada individuo, así como de las circunstancias socio-culturales que lo rodean. El principal síntoma, en los fumadores dependientes, es la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir la sustancia para experimentar la recompensa que produce y para evitar el síndrome de abstinencia y decimos que ha desarrollado dependencia hacia el tabaco, pues ya no puede dejar de consumir.

La tolerancia, abstinencia y dependencia son los criterios que la Organización Mundial de la Salud considera fundamentales para determinar el consumo de una sustancia como adicción. (Ocampo, s.f.)

Síntomas del ***síndrome de abstinencia del fumador***:

∞ Intranquilidad, excitación, nerviosismo.

- ⌘ Manifestaciones de tipo vegetativo: sudoración sensación de latido cardiaco, etc.
- ⌘ Agresividad, depresión, crisis de humor inestable.
- ⌘ Insomnio, despertar poco placentero.
- ⌘ Aumento de la tos y expectoración.
- ⌘ Aumento del peso corporal: aumento del estímulo olfativo, disminución de la anorexia.

Estos síntomas disminuyen y desaparecen durante la 2 y 3 semanas posteriores al haber dejado de fumar definitivamente.

Criterios diagnósticos para la adicción al tabaco

Se considera al tabaquismo como una enfermedad crónica sistémica que pertenece al grupo de las adicciones, clasificada como trastorno mental en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM 5) y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) de la OMS, con criterios diagnósticos similares.

CIE 10

La lista CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) es una clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la OMS en 1992. Se utiliza principalmente para fines estadísticos y está ampliamente aceptada en todo el mundo. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca.

F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La sustancia referida se indica mediante el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F) y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos concretos. No todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco

Trastorno por consumo de nicotina

F17.2x Dependencia de nicotina [305.10]

Alguno de los criterios diagnósticos generales para la dependencia no se aplican para la nicotina, mientras que otros requieren una mayor explicación. La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la ausencia de náuseas, mareo y otros síntomas característicos a pesar del consumo abundante de nicotina o de la disminución del efecto del consumo continuado de la misma cantidad de nicotina. La interrupción del consumo de nicotina produce un síndrome de abstinencia bien definido que se describe a continuación. Muchos sujetos que consumen nicotina lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando salen de situaciones donde su consumo está prohibido (p. ej., en el trabajo o en el avión). Los sujetos que fuman o los que toman nicotina en sus diversas formas consumen más nicotina y con mayor rapidez de lo que ellos mismos inicialmente deseaban. Aunque más del 80 % de los sujetos que fuman expresan el deseo de dejar de fumar y el 35 % lo intenta cada año, sólo el 5 % lo consigue. La gran cantidad de tiempo que se gasta en el consumo de la sustancia queda muy bien reflejado en el hecho de fumar en cadena. Puesto que se dispone con rapidez y facilidad de la nicotina, al estar legalizada, es raro que se gaste mucho tiempo en obtenerla. Los sujetos pueden no asistir a actividades sociales, laborales recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar. El consumo continuado, a pesar de conocer los problemas médicos que acarrea, constituye un problema sanitario importante (p. ej., un sujeto que sigue fumando a pesar de padecer una enfermedad médica relacionada con el consumo de tabaco, como una bronquitis o una enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Especificaciones

Se aplican las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia de nicotina y se codifican en el quinto dígito.

0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En medio controlado

4 Leve/moderado/grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica

Sin dependencia fisiológica

Trastorno inducido por nicotina

F17.3 Abstinencia de nicotina [292.0]

La característica esencial de la abstinencia de nicotina es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de la brusca interrupción del consumo de productos que contienen nicotina tras su consumo diario durante períodos prolongados (Criterios A y B).

El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito o aumento de peso.

Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

Estos síntomas son debidos en gran parte a la privación de nicotina y son más intensos entre los sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen otros productos que contienen nicotina.

La mayor rapidez de los efectos de la nicotina conduce a estos fumadores a un patrón de hábito intenso que es más difícil abandonar por la frecuencia y rapidez del refuerzo y por la mayor dependencia física de la nicotina. En sujetos que dejan

de fumar la frecuencia cardiaca disminuye 5 a 12 lat/min en los primeros días, y el peso aumenta 2-3 kg el primer año. Con el cambio del consumo de cigarrillos de alto a bajo contenido de nicotina, o al interrumpir el consumo de chicle o de parches de nicotina, pueden aparecer síntomas de abstinencia leves.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con nicotina

Características y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La necesidad irresistible (*craving*) es un elemento importante en la abstinencia de nicotina y puede explicar las dificultades de los sujetos para dejar de consumir productos que la contienen. Otros síntomas asociados con la abstinencia de nicotina incluyen el deseo de dulces y de deterioro de actividades que requieren un estado de alerta. Algunos síntomas asociados con la dependencia de nicotina parecen predecir mayores dificultades para interrumpir su uso: fumar al levantarse, fumar cuando se está enfermo, dificultad para dejar de fumar, cuando el primer cigarrillo del día es el más difícil de dejar y fumar más por las mañanas que por la tarde. También se relacionan con la probabilidad de dejar de fumar el número de cigarrillos que se fuman por día, el contenido de nicotina de los cigarrillos y el número de paquetes consumidos por año. La dependencia de nicotina es más frecuente en sujetos con otros trastornos mentales. Dependiendo de la población estudiada, entre el 55 y el 90 % de los sujetos con otros trastornos mentales fuman en comparación con el 30 % de la población general. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados con sustancias son más frecuentes entre los fumadores que entre los ex fumadores o en quienes nunca han fumado.

Criterios para el diagnóstico de F17.3 Abstinencia de nicotina [292.0]

A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.

B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:

- (1) estado de ánimo disfórico o depresivo
- (2) insomnio
- (3) irritabilidad, frustración o ira
- (4) ansiedad
- (5) dificultades de concentración
- (6) inquietud
- (7) disminución de la frecuencia cardíaca
- (8) aumento del apetito o del peso

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

DSM 5

Trastornos relacionados con el tabaco

Trastorno por consumo de tabaco

A. Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superior a lo previsto durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.

5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. interferencia con el trabajo).
6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. fumar en la cama).
9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco.
 - b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de

ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: El individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como un sustituto de la nicotina, y no cumple ningún criterio del trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia de la medicación sustitutiva de la nicotina).

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al tabaco.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe un síndrome de abstinencia de tabaco o un trastorno del sueño inducido por él, no deben utilizarse los códigos siguientes para un trastorno por consumo de tabaco. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de tabaco viene indicado por el carácter en 4a posición del código del trastorno inducido por el tabaco.

Especificar la gravedad actual:

305.1 (Z72.0) Leve: Presencia de 2–3 síntomas

305.1 (F17.200) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas

305.1 (F17.200) Grave: Presencia de 6 o más síntomas

Abstinencia de tabaco 292.0 (F17.203)

A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.

B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:

1. Irritabilidad, frustración o rabia.
2. Ansiedad.
3. Dificultad para concentrarse.
4. Aumento del apetito.
5. Intranquilidad.
6. Estado de ánimo deprimido.

7. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de tabaco solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de este. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de tabaco con una abstinencia de este.

Trastorno relacionado con el tabaco no especificado 292.9 (F17.209)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el tabaco que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los estimulantes o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

DSM-IV-TR	DSM-5
Trastornos mentales debidos a enfermedad	Otros trastornos mentales
Trastornos relacionados con sustancias	
Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso)	Trastornos adictivos y relacionados con sustancias
Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia)	Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco .

Alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, feniclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Trastornos no relacionados con sustancias: trastorno del juego.

Programas para la prevención y control del tabaquismo

La atención de los problemas asociados al consumo de tabaco llegó con dilatación histórica a México, así a las dependencias sanitarias como a otras cuyos fines tenían o tienen que ver con el bienestar y el desarrollo de los potenciales de individuos y sectores representativos de la población.

Los programas institucionales en el Sector Salud fueron los primeros en operar, aunque no de manera consistente. A diferencia de los que sucedió en el IMSS, en el ISSSTE, en las áreas de Sanidad Naval y Militar, en PEMEX, en el DIF, en el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) y sus antecesores, y en varias dependencias de la SEP, en la Secretaría de Salud no se contó con un programa operativo de prevención y control del tabaquismo sino hasta finales de los años noventa del siglo pasado. (Corazón, 2013)

El diseño, la organización, la operación y la evaluación de programas de prevención y control, o de cesación, siguen planteando desafíos a instituciones de gobierno y a organizaciones sociales.

INSTITUCIÓN	PRINCIPALES ACCIONES	DESTINATARIOS
Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ)	Establecen programas de prevención y detección temprana en escuelas Capacitación al personal de los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) Desarrollan programas específicos en ámbitos laborales e coordinación con empresas y sindicatos Capacitan especialistas y promotores comunitarios y laborales en detección temprana Realizan jornadas intensivas de información, orientación y prevención en los ámbitos educativo, sanitario y	Población de niños y jóvenes, en todo el país, experimentadores, usuarios y adictos a la nicotina; personal de salud, docentes, padres de familia, estudiantes y voluntarios

gubernamental en general

Capacitan a persona de salud en detección temprana, prevención y canalización

Operan acciones de Consejo Médico y de tratamiento para dejar de fumar, en espacios educativos y laborales

Imparten cursos e línea sobre temas de prevención, detección y tratamiento

Impulsan la estrategia Edificios Libres de Humo de Tabaco

Desarrollan habilidades críticas ante la publicidad de tabaco y por la defensa de espacios y actividades libres de humo de tabaco

Hospital General de México

Imparte pláticas de promoción de la salud y prevención del Tabaquismo

Impulsa el establecimiento de espacios libres de humo de tabaco en las unidades de la institución

Capacita a profesionales de la salud en tratamiento de tabaquismo

Capacita a médicos del primer nivel de atención en el Maneo de la Adición al Tabaco

Vigila el cumplimiento del Reglamento Interno para el Control del Tabaco

Clínica contra el Tabaco que opera con terapia cognitivo conductual y prescripción de medicamentos de sustitución

Estudiantes y docentes de los niveles preescolar, primaria y secundaria; profesionales de la salud del D.F., y de otras entidades federativas

Instituto Mexicano del Seguro Social

Implementa que todas las unidades médicas y administrativas del Instituto sean efectivamente libres de humo de tabaco

Realiza acciones de prevención universal y comparte su modelo de intervención Lugares de Trabajo Saludables con empresas

Población derechohabiente IMSS y con frecuencia población abierta

y sindicatos

Forma promotores adolescentes del Programa PREVENIMSS
Coadyuva a la aplicación de la política IMSS Libres de Humo de Tabaco en las instalaciones del Instituto de todo el país

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Imparte cursos online sobre Consejo de Impacto para dejar de fumar a profesionales de la salud de distintas disciplinas
Coordina las actividades alusivas al Día Mundial sin Tabaco
Convoca a los Concursos Nacionales de Cartel y Video para prevenir el tabaquismo
Integra un Departamento de Investigación en Tabaquismo
Opera una clínica para dejar de fumar

Es de las instituciones precursoras en la prevención y el tratamiento del tabaquismo

Instituto Nacional de Salud Pública

Diseña e implementa la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en 13 capitales de estados
Participa en el diseño del Módulo de Tabaco de la Encuesta Nacional de Adicciones
Diseña e implementa un sistema de monitoreo de la publicidad, venta, empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco en 4 ciudades capitales de estados del país
Participación en tareas de evaluación de las rondas de pictogramas y participación en los grupos de discusión correspondientes
Revisa contenidos de los textos escolares de secundaria en temas de tabaquismo
Participa en el diseño e implementación de cursos para profesionales de la salud en el primer nivel de atención

Tratamiento para Dejar de Fumar en Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ)

En Centros de Integración Juvenil A.C., se interesa en la aplicación de programas preventivos y de tratamiento del tabaquismo, debido a que los usuarios que recibe en sus unidades de consulta presentan consumo de tabaco.

CIJ ha desarrollado el procedimiento para la incorporación de programas preventivos y de tratamiento acerca del consumo de tabaco, con apoyo del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), para lo cual ha establecido un convenio con el INER para su inclusión en la difusión, enseñanza, eventos paralelos y eventos científicos. De esta manera, el personal de CIJ recibe capacitación a través del INER, para la aplicación de un programa cognitivo-conductual encaminado al manejo de individuos dependientes a la nicotina, con el propósito de que éste se aplique en las Clínicas de Tabaquismo de CIJ. (Jiménez-Silvestre, 2004).

Descripción del programa:

El programa para dejar de fumar de Centros de Integración Juvenil, fue diseñado en base a los fundamentos de la Terapia Cognitivo Conductual y tiene como sustrato teórico la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis. La premisa fundamental de esta aproximación es que es posible ayudar a los individuos a llevar una vida más satisfactoria a través de enseñarles estrategias que le permitan organizar su mente, es decir, a través de un pensamiento racional la persona enfrenta percepciones y concepciones promotoras de malestar emocional y de consumo de tabaco, para constituir reformulaciones que le permitan realizar conductas que favorezcan la cesación del tabaquismo.

El programa contempla una valoración médica (análisis y diagnóstico físico para detectar si existen alteraciones que requieran tratamiento especializado), farmacológica (donde se proporcionan diferentes alternativas que permitan

disminuir los malestares por abstinencia) y psicológica; esta última consiste en 10 sesiones grupales, que mantienen un trabajo simultáneo entre valoración, diagnóstico y tratamiento. Los objetivos son diferentes para cada sesión, los cuales se describen brevemente a continuación:

Primera sesión: los integrantes del grupo expresan las características de su adicción y expectativas del tratamiento, con lo cual se establece pronóstico y se inicia el registro de consumo.

Segunda sesión: se analizan los registros y el cuestionario de mantenimiento para reconocer las condiciones de la adicción.

Tercera sesión: suspensión del consumo de cigarrillos y aplicación de estrategias para mantenerse en abstinencia.

Cuarta sesión. se identifican las principales enfermedades asociadas al consumo.

Quinta sesión: se brindan consejos médicos para disminuir el riesgo de padecimientos.

Sexta sesión: se enseñan técnicas de relajación que permitan el enfrentamiento a pensamientos irracionales que favorecen el deseo de fumar.

Séptima sesión: se trabaja la influencia de la publicidad.

Octava sesión: se revisa los cambios metabólicos provocados por la abstinencia, a fin de sensibilizar al fumador acerca de la importancia de conformar ajustes en sus estilos de vida. (Nutrición y hábitos).

Novena sesión: se identifican factores de riesgo para la reincidencia, para reafirmar estrategias de afrontamiento.

Décima sesión: se realiza un análisis y conclusión de los logros alcanzados y los posibles obstáculos a enfrentar.

Seguimientos: el programa contempla la vigilancia y el mantenimiento posterior al tratamiento para fortalecer la cesación y evitar la recaída de los participantes a través de los seguimientos a 2, 4, 6, 9 y 12 meses. (Jiménez-Silvestre, 2004).

Resultados de la Evaluación de la clínica para dejar de fumar de Centros de Integración Juvenil en el periodo mayo-agosto 2011

El objetivo fue evaluar de manera retrospectiva los resultados del Programa de Tratamiento para dejar de fumar que se aplicó a pacientes que asisten a sus unidades de atención, cuya muestra estuvo conformada por 370 consumidores de tabaco, de los cuales 214 pacientes se encontraban en la última sesión del tratamiento entre los meses de mayo y agosto de 2011, mientras que 156 habían culminado el tratamiento y se encontraban en la etapa de seguimiento. En total 63.8% fueron hombres 35.9% mujeres, la mayoría estaba casado (42.4%), soltero (24.9%), separado y/o divorciado (14.6%). En cuanto a la escolaridad, 33.8% tenía estudios de secundaria, 23.8% preparatoria, 17.6% ostentaba estudios profesionales y 14.3% contaba únicamente con educación primaria. La mayoría de los pacientes disponía de un empleo (35.4%), se dedicaba a actividades del hogar (18%), al comercio (12.25) o estudiaba (9.2%).

El promedio de edad de los pacientes que se encontraban en la última sesión del tratamiento fue de 39.7 años +- 15.5, mientras que aquellos que estaban en la etapa de seguimiento consistió en 48.9 años +- 15.0. De los pacientes en seguimiento 25.1% tenía entre 1 y 6 meses asistiendo a la unidad de atención, 4.1% entre 7 y 11 meses, 3.5% asistía desde hace 1 a 2 años, 1.6% entre 3 a 4 años y 1.9% mantenía el seguimiento de entre 5 a 6 años.

De los pacientes que llegaron a la última sesión, la mayoría consumía antes del tratamiento hasta 10 cigarros al día (41.3%), poco más de la tercera parte fumaba de 11 a 20, la cuarta parte consumía de 21 a 30 y una proporción menor consumía más de 31 cigarros diariamente (4.7%)

De estos pacientes 28.5% fumaba el primer cigarro después de una hora de haber despertado, mientras que 27.6% lo hacía a los cinco minutos, 19.6% comenzaba a

fumar entre los 6 y 30 minutos después de despertar y una cuarta parte lo hacía alrededor de media a una hora después.

En cuanto a los cigarrillos que se consume al día, el mayor porcentaje de los pacientes (48.1%) comentaron que el primero de la mañana no es el que más necesitaban, sin embargo una proporción importante tuvo la necesidad de fumar por la mañana (43.1%).

En mayor proporción (45.3%) los pacientes mencionaron que en los lugares donde estaba prohibido fumar encontraban dificultades para no hacerlo. Si bien 43% dijo no tener ningún problema en abstener el consumo. Asimismo 56.1% de los pacientes después de consumir el primer cigarrillo del día, fumaban enseguida otros más. Sin embargo, 37.4% no lo hacía. En su mayoría los pacientes fumaban incluso si estaban enfermos o si tenían que quedarse en cama por enfermedad.

En la última sesión, desapareció el consumo de más de 20 cigarrillos diariamente. El porcentaje de pacientes que presentaron abstinencia de consumo de tabaco aumentó considerablemente en todos los aspectos a más del 65.0%. En cuanto al consumo de 11 a 20 cigarrillos bajó 33.2 puntos porcentuales y más de la mitad de los que consumían menos de diez cigarrillos al día, dejó de hacerlo.

De manera comparativa con los resultados de los pacientes que culminaban el tratamiento con aquellos que estaban en la etapa del seguimiento, los cuales tuvieron menor proporción (35.9%) de consumo de 10 cigarrillos o menos al día. El consumo de 11 a 30 cigarrillos diarios fue similar en ambos grupos. Sin embargo, aumento el porcentaje de casos que consumían 31 o más cigarrillos (8.3%). En cuanto al consumo posterior al momento de despertar de estos pacientes se observa una mayor frecuencia después de una hora (32.1%) o bien a los 5 minutos de haber despertado (30.8%) en comparación con los pacientes que estaban en la última sesión de tratamiento.

Estos pacientes tuvieron mayor frecuencia en cuanto a reportar que el cigarro de la mañana es el que más necesitan (54.5%) así como de presentar mayor dificultad para dejar de fumar en lugares donde estaba prohibido el consumo de tabaco (49.4%). Asimismo hubo mayor porcentaje de pacientes en seguimiento que consumía otros cigarros posteriores al primero (60.3%) y poco más de la tercera parte de ellos fumaba en estado de enfermedad.

De igual manera los pacientes en seguimiento mostraron índices altos de consumo de cigarros antes del tratamiento. Si bien, al estar en la etapa de seguimiento ya no consumían más de 31 cigarros al día y en cuanto al consumo de entre 11 y 30 cigarrillos descendió casi en su totalidad a 0.6%. El porcentaje de pacientes en abstinencia de nicotina se elevó al 81.4% considerablemente. Sólo la cuarta parte de los pacientes en seguimiento continuaba con el consumo de 10 cigarros o menos al día.

La mayoría dejaron de consumir cigarros al despertar 82.7%. El porcentaje de pacientes que fumaban el primer cigarro entre los 5 minutos y más de una hora después de despertar disminuyó de manera importante. Los pacientes en su mayoría ya no necesitaban el primer cigarro de la mañana. Sin embargo 12.8% necesitaba tabaco en otro momento del día. De igual forma con los pacientes en la última sesión de tratamiento, no se presentaba dificultad para abstenerse en lugares donde se prohibía el consumo de tabaco. Así mismo evitaban fumar en estado de enfermedad. (Altamirano & Alcaráz, 2011)

Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México

La Encuesta en hogares del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones, referente al tratamiento de la adicción al tabaco y apoyo para cesación cita que el 56% de los encuestados cree que hay poca o nula disponibilidad de tratamientos para tabaquismo y lugares para la cesación en el Distrito Federal y el 55% percibe que hay pocos o ningún lugar para recibir tratamiento. (Mendoza-Meжелéndez, 2013).

También refiere que las dos principales medidas que se deberían promover son: capacitar a los médicos sobre el tratamiento del tabaquismo, así como difundir más lugares de tratamiento y apoyo para dejar de fumar. (Mendoza-Meжелéndez, 2013).

El 97% de aquellos que fuman actualmente mencionó que no ha empleado algún tratamiento para dejar de fumar. Sólo el 2% ha buscado un tratamiento, el cual ha sido en su mayoría a través de chicles o parches de nicotina.

Los tres principales servicios médicos que emplean los ciudadanos del Distrito Federal son el IMSS 36%, el Seguro Popular 22% y el ISSSTE 14%. (Mendoza-Meжелéndez, 2013).

Como en todos los trastornos por sustancias, la utilización de tratamientos psicológicos es parte importante e imprescindible en el plan de tratamiento.

Las intervenciones psicológicas que incluyen la monitorización de la conducta fumadora en un programa estructurado, así como el aumento de la motivación, mejoran las tasas de abstinencia.

Existen otras clases de intervención psicológica que se recomiendan en los tratamientos de cesación:

Las intervenciones psico-educacionales incluyen la información sobre fumar y salud, sobre las estrategias de tratamiento y mantenimiento, y discusiones grupales sobre estos temas.

El entrenamiento en habilidades y resolución de problemas incluye el reconocimiento de las situaciones de riesgo, la identificación y practica de estrategias de afrontamiento, prescripciones conductuales y prácticas de relajación entre otros.

Las intervenciones cognitivo-conductuales incluyen cambios en los esquemas cognitivos sobre el fumar, el abandono del tabaco, y las situaciones y emociones relacionadas con el fumar.

Apoyo en el tratamiento. Esto incluye el animar al paciente en el intento, expresando confianza en su capacidad y aportando tratamientos efectivos, comunicar interés en el proceso y en los sentimientos de ambivalencia que pueden emerger, comunicando de forma directa nuestro interés en ayudarlo, animar al paciente a expresarse sobre cómo se desarrolla el intento, sus dificultades, beneficios y logros que se van consiguiendo.

El tratamiento farmacológico es complementario a la intervención psicoterapéutica y ha demostrado multiplicar por dos la probabilidad de éxito en el intento de cesación del habito tabáquico.

I. Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN)

Los medicamentos más estudiados y usados para el manejo de la dependencia al tabaco son aquellos que contienen nicotina. Diversos estudios clínicos han demostrado que son seguros y eficaces, aumentando al doble la tasa de éxito de la terapia conductual.

Parecieran ser 3 sus principales mecanismos de acción: reducción de síntomas de privación, reducción de efectos reforzantes y la producción de ciertos efectos previamente buscados en los cigarrillos (relajación, facilitación del enfrentamiento de situaciones estresantes, etc.). El uso de la TRN debe comenzar el día en que se deja de fumar.

Parches de nicotina

Los parches de nicotina entregan una dosis estable de nicotina por 16 a 24 horas. Requiere poco esfuerzo para su uso, lo que facilita la adherencia al tratamiento. Están disponibles en dosis de 7, 14 y 21 mg. Se recomienda que aquellos pacientes que fuman más de 10 cigarrillos al día comiencen con la dosis de 21 mg/24 horas, siendo esta dosis titulable según respuesta clínica o con mediciones seriadas de cotinina (realizadas mientras el paciente aún fuma). Se ha recomendado usarlos durante 10 semanas, disminuyendo las dosis en las últimas 4 semanas, aunque muchas veces se necesitan períodos de tratamiento más largos.

II. Bupropión

El bupropión fue el primer fármaco no nicotínico aprobado para el tratamiento del tabaquismo. Es un antidepresivo monocíclico que actúa inhibiendo la recaptación de noradrenalina (NA) y dopamina (DA) en determinadas áreas del cerebro. Aún no se conoce cómo actúa exactamente para el abandono del tabaquismo, pero se cree que es en parte por su efecto en los niveles de DA y NA. Al disminuir la actividad de las neuronas dopaminérgicas, se desactiva el circuito de recompensa y por lo tanto disminuye el deseo de fumar. Además, al disminuir la actividad de las neuronas noradrenérgicas, se lograrían disminuir los síntomas de abstinencia, ya que se cree que el origen de estos síntomas es el aumento de la actividad de las neuronas liberadoras de NA en el *locus coeruleus*. Otro mecanismo que contribuiría es que el bupropión podría ser un inhibidor no competitivo de los receptores colinérgicos nicotínicos. (BELLO S, 2008).

III. Vareniclina

Vareniclina es un agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina alfa-4, β -2, recientemente aprobado por la Food and Drug Administration para el tratamiento del tabaquismo.

La dependencia a nicotina se debe en parte a su actividad agonista en los receptores nicotínicos. Al ser estimulados, se produce liberación de dopamina en el núcleo accumbens, neurotransmisor que produce los efectos placenteros buscados por el fumador. Cuando éste deja de fumar, la ausencia de nicotina disminuye los niveles de dopamina, produciendo urgencia por fumar ("craving"), un importante contribuyente para las recaídas.

Diversos estudios sugieren que al estimular estos receptores con un agonista parcial como la vareniclina, aumentarían los niveles de dopamina, aliviando los síntomas de privación. Además, la unión competitiva con los receptores, bloquearía al menos parcialmente la activación dopaminérgica provocada por la nicotina en caso de recaída. Este doble mecanismo sería el responsable de la eficacia de la vareniclina como tratamiento del tabaquismo. (BELLO S, 2008)

Guía Técnica para la Operatividad de las Clínicas contra el Tabaco ISSSTE

La guía pretende ser un procedimiento que guíe en forma ordenada y comprobada la efectividad en el tratamiento de pacientes que desean abandonar la adicción al tabaco.

La guía ISSSTE, forma parte del proceso de tratamiento propuesto por Instituciones como el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Centro de Integración Juvenil (CIJ), de tal suerte que dada la importancia de homologar los tratamientos probados y comprobados, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, (ISSSTE) presenta esta guía, retomando las líneas básicas de las guías de las instituciones mencionadas anteriormente, claro está, con las especificidades que cubran las necesidades para nuestro Instituto y en particular para las características de nuestra derechohabiente.

Sesiones (Anexo 1)

El programa consta de 12 sesiones de tratamiento para la cesación del tabaquismo con enfoque médico y cognitivo-conductual.

La periodicidad de las sesiones se sugiere una vez por semana, con una duración de 60 a 120 minutos por sesión ya sea individual o grupal

La terapia cognitivo-conductual y sus técnicas asumen que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos; los cuales actúan como punto focal del tratamiento e incluyen percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes.

Se propone que los procesos cognoscitivos desadaptados conducen a conductas desadaptadas y que la modificación de estos procesos, con la guía del terapeuta, pueden conducir al cambio conductual en el paciente.

La teoría cognitivo-conductual brinda la plataforma para la comprensión del tratamiento para los abusos de sustancia. Toma a las atribuciones, la valoración, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de efectos relacionados con la sustancia, como la serie de cogniciones que favorecen el proceso de la adicción.

Para la aplicación de la teoría cognitivo-conductual en las clínicas contra el tabaco ISSSTE se llevan a cabo una serie de técnicas como el autorregistro-automonitoreo, relajación, visualización dirigida, *rol playing*, entre otras.

Tratamiento Farmacológico: Vareniclina

Actúa como un agonista y antagonista cerebral de la nicotina, esto significa que puede unirse a algunos receptores que provocan la liberación de dopamina y que son llamados nicotínicos.

Cuando se une a esos receptores, la vareniclina actúa de dos formas: con acciones similares a la nicotina (agonista parcial), reduciendo los síntomas de la abstinencia, pero se desempeña también contra la nicotina (antagonista), ocupando su lugar y ayudando a reducir el placer que produce el consumo de tabaco; es decir, la vareniclina es un agonista parcial de los nAChR, con propiedades antagonistas, que compite con la nicotina por el mismo lugar receptor. El efecto agonista para los nAChR da lugar a liberación de dopamina, aunque inferior a la que se produce con nicotina. Su efecto en cuanto a dejar de fumar se produce principalmente por una reducción de la intensidad de los síntomas de abstinencia tabáquica (efectos agonistas), pero reduce también las propiedades gratificantes de la nicotina (efectos antagonistas). Esto último puede ser útil para extinguir la conducta de consumo de tabaco durante la semana

anterior a la fecha en la que se va a dejar de fumar y puede facilitar la protección contra la recaída completa.

La vareniclina suele ser segura y bien tolerada por la mayoría de los fumadores que desean dejar de fumar. Son excepciones a ello los individuos de menos de 18 años y las mujeres embarazadas o en fase de lactancia. Se recomienda precaución en los pacientes con un deterioro de la función renal. La vareniclina no es metabolizada de manera amplia, de modo que un 92% se excreta por la orina en forma inalterada. El efecto secundario más frecuente asociado a vareniclina son las náuseas, que pueden depender de la dosis.

La vareniclina en su forma comercial existe comprimidos de 0,5 mg (blancos) y de 1,0 mg (azul claro).

El tratamiento se inicia con un comprimido diario de 0,5 mg durante tres días, seguido de otros cuatro días en los que el paciente toma un comprimido de 0,5 mg dos veces al día. A partir de ese momento, el paciente toma un comprimido de 1 mg dos veces al día hasta el final del tratamiento (12 semanas). Al iniciar el tratamiento, el paciente recibe la medicación en un envase especial con las cantidades correctas de ambos tipos de comprimidos. La dosis puede reducirse a 0,5 mg dos veces al día en pacientes que no toleren la dosis de 1 mg dos veces al día.

En la actualidad, vareniclina es probablemente el medicamento más eficaz para dejar de fumar. Con su empleo casi se triplican las probabilidades de evitación del tabaco a largo plazo en comparación con placebo (OR = 3,22; IC del 95%, 2,43-4,27). También se ha demostrado que tiene una eficacia superior a la del bupropión (OR = 1,66; IC del 95%, 1,28-2,16). Se ha realizado una comparación directa con la TSN (parche) en un ensayo aleatorizado y abierto. Los participantes del grupo de vareniclina presentaron unas tasas de evitación del tabaco superior a las del grupo de tratamiento con el parche. Aunque esta diferencia era significativa

al final del tratamiento (12 semanas), el efecto no se mantenía en el seguimiento de 1 año. (Hayden McRobbie, 2008).

II

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

La Evaluación del Programa de Cesación de Tabaquismo en las Clínicas de la Delegación Regional Zona Sur ISSSTE, consiste en una investigación descriptiva.

La evaluación de la información se obtuvo de cada Clínica de Medicina Familiar de la Zona Sur, constituida por los registros realizados en los informes trimestrales que completa el equipo multidisciplinario al término de cada ciclo (trimestre), donde se registra que personal de salud realiza la primera entrevista con el paciente, resultado de la aplicación del cuestionario de Fageström, estudios de laboratorio y/o gabinete aplicados, tratamiento, total de derechohabientes en seguimiento, actividades de educación para la salud, etc.

La citada evaluación comprende el periodo 2014 con la recepción de cada informe trimestral de todas las unidades en la subdelegación médica.

La importancia radica en que existen diversas alternativas con eficacia demostrada para dejar de fumar, y en el Instituto nos enfocamos a un tratamiento multidisciplinario con la finalidad de denotar los incrementos en las tasas de cesación y la duración del efecto necesita mayor seguimiento.

Las estrategias en el programa son claras como cambiar los patrones clínicos culturales y prácticos con vistas a asegurar que todo paciente fumador sea identificado, reciba consejo para el abandono del tabaco y se le ofrezcan tratamientos de eficacia demostrada.

Es fundamental que todos los fumadores reciban al menos una intervención mínima en todas las visitas con profesionales sanitarios. Por lo tanto, es necesario el apoyo institucional para asegurar que se identifique a todos los fumadores y que se les ofrezca un tratamiento adecuado.

El profesional de salud en el primer nivel de atención, está capacitado para realizar intervenciones breves para fumadores actuales que quieren hacer un intento de abandono, los fumadores que no están dispuestos a hacer un intento de abandono en este momento y con ex-fumadores que han dejado de fumar recientemente.

Las estrategias de apoyo conductual, el consejo individual y de grupo mejoran las posibilidades de abstinencia a largo plazo. El tratamiento con vareniclina es una medicación de eficacia probada para ayudar a abandonar el tabaquismo y aumentan las probabilidades de dejar de fumar en alrededor de 2-3 veces respecto al placebo. (Hayden McRobbie, 2008)

Cabe señalar que para tener las máximas probabilidades de éxito, los profesionales de la salud deben recomendar una combinación de apoyo conductual y farmacoterapia.

III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuántos derechohabientes concluyen el tratamiento en abstinencia del consumo de tabaco que acuden al Programa de Cesación de Tabaquismo en las Clínicas del ISSSTE de la Delegación Regional Zona Sur en el periodo 2014?

IV

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir los resultados del tratamiento para la cesación del tabaco en los pacientes que asistieron al programa que se brinda en las 11 Clínicas de Medicina Familiar durante 2014.

V

OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar el grado de dependencia de los pacientes que inician en el Programa de Cesación de Tabaquismo.

Conocer cuántos derechohabientes concluyeron el tratamiento con abstinencia al consumo de tabaco.

VI JUSTIFICACIÓN

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE), cuenta con 129 clínicas en todo el país para la atención en la cesación del tabaco en unidades de los tres niveles de atención.

El Instituto es el único que otorga de manera gratuita el medicamento dentro de las terapias para dejar de fumar; además, una vez concluido este tratamiento, se da seguimiento por parte del equipo multidisciplinario para reforzar el acompañamiento en el cese del hábito (Estado, 2015).

En la Delegación Regional Zona Sur, se inicia operación con una clínica de cesación de tabaquismos en el año 2004, posteriormente a la capacitación de los profesionales de la salud se extendió a todas las clínicas de la delegación, debido a la gran demanda que se tiene por parte de los derechohabientes.

Se realizó esta tesis para conocer los resultados obtenidos durante el periodo a evaluar (2014), y así, fundamentar la importancia del programa en el instituto, sustentando una base de efectividad y éxito del mismo, a través de los pacientes que concluyen el tratamiento con abstinencia al consumo de tabaco de manera grupal o individual.

VII METODOLOGÍA

Se realizó un análisis retrospectivo de la información obtenida de cada clínica de medicina familiar de la zona sur, constituida por los registros realizados en los informes trimestrales que completa el equipo multidisciplinario al inicio, durante y al término de cada ciclo (trimestre), donde se registra el consumo de tabaco, así como el uso de medicación (vareniclina) de cada paciente en caso necesario.

Comprende el periodo que va de enero a diciembre de 2014 con la recepción y concentrado del informe trimestral de todas las unidades médicas.

Tipo de estudio:

Investigación descriptiva, analítica, longitudinal retrospectiva.

Población:

El estudio se basa en los derechohabientes entre 10 y 60 años y más que se inscribieron en una lista de aspirantes para comenzar el programa en alguna de las 11 clínicas de la Delegación Regional Zona Sur ISSSTE, con un total de 428 participantes en periodo comprendido de enero a diciembre 2014.

Muestra:

Muestra no probabilística, solo representativa para la Delegación Regional Zona Sur en donde se obtuvo los resultados. La muestra estuvo formada por derechohabientes de la C.M.F. Coyoacán, Del Valle, División del Norte, Ermita, Dr. Ignacio Chávez, Fuentes Brotantes, Milpa Alta, Narvarte, Tlalpan, Villa Álvaro Obregón y Xochimilco. Haciendo un total de 428 participantes.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de inclusión:

Derechohabientes de las 11 Clínicas de Medicina Familiar de la Zona Sur del ISSSTE.

Criterios de exclusión:

No derechohabientes

Derechohabientes menores de 10 años

Criterios de eliminación

No derechohabientes que acudieron a sesiones de terapia cognitivo-conductual.

Variables:

Aquellas características, propiedades, cualidades o aspectos diferenciadores entre distintos fenómenos, hechos o individuos que para cada uno de los cuales representan un único valor.

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Sexo	Discreta	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Cuestionario Fageström	Cuantitativa	Intervalar	1. Bajo 2. Moderado 3. Alto
Término de tratamiento	Cualitativa	Nominal	1. Con Abstinencia 2. Sin Abstinencia

Instrumento de recolección de datos

Para este estudio se utilizó el “Reporte Delegacional de Productividad: Clínicas para dejar de fumar”, realizado por el Área de Salud Mental y Prevención de Adicciones de la Dirección Médica del ISSSTE.

El reporte está conformado por 10 secciones, en las cuales se evalúa: 1) datos de identificación de la unidad médica, 2) datos de la clínica para dejar de fumar, 3) detección, 4) inicio de tratamiento, 5) tratamiento y 6) movimiento de insumos, 7) término de tratamiento, 8) seguimiento, 9) actividades de educación para la salud y 10) capacitación para el personal. (Anexo 2).

Maniobras para evitar y controlar sesgos:

Al encargado del programa de cada unidad médica se le da el tiempo necesario para la realización del reporte trimestral, basado en la información de cada sesión.

El cuestionario Fageström ya es un instrumento estandarizado.

VIII

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apega al Título segundo, Capítulo 1 Artículo 17 categoría 1 sobre “investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participan en el estudio únicamente aportan datos a través de la entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales

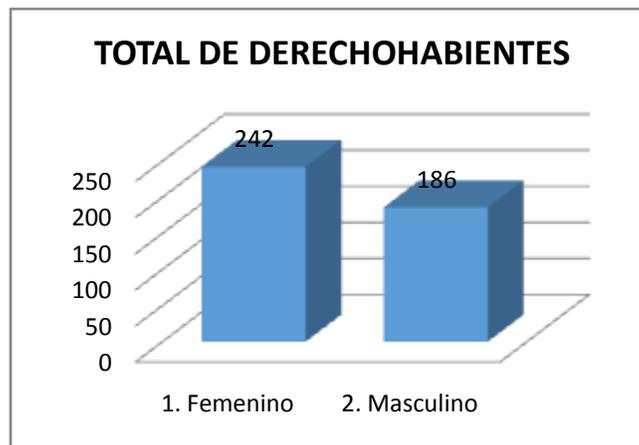
Se solicitó la participación voluntaria y sin repercusiones, la información obtenida era solamente para fines estadísticos como grupo para la investigación.

IX RESULTADOS

Total de derechohabientes:

Se registraron en total a 428 derechohabientes, de los cuales 242 fueron del sexo femenino el cual representa un 56.54% y del sexo masculino fueron 186 derechohabientes y representa un 43.45%.

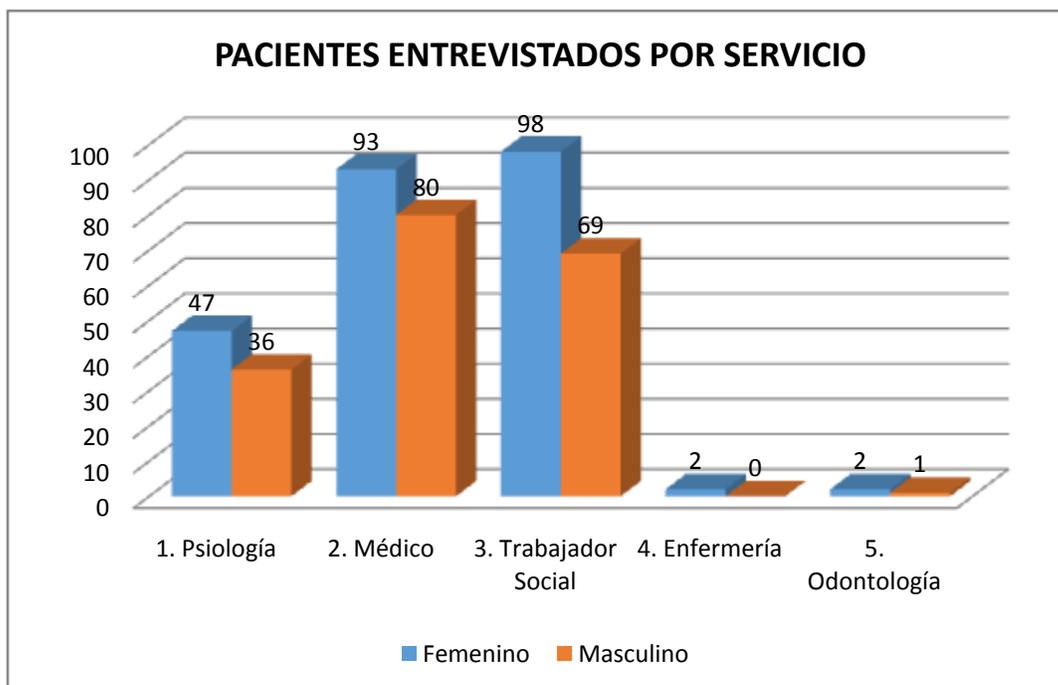
TOTAL DERECHOHABIENTES	
Sexo	Total
1. Femenino	242
2. Masculino	186



Pacientes entrevistados por servicios:

Los pacientes son detectados por servicios que se ofertan en la unidad médica, mismos que forman el equipo multidisciplinario de atención, la mayor población es captada por el médico y el trabajador social, en este caso fueron 173 y 167 derechohabientes, que equivale a 40.42% y 39% respectivamente, posteriormente el área de psicología con un 19%, el área de enfermería y odontología menos de un 1%.

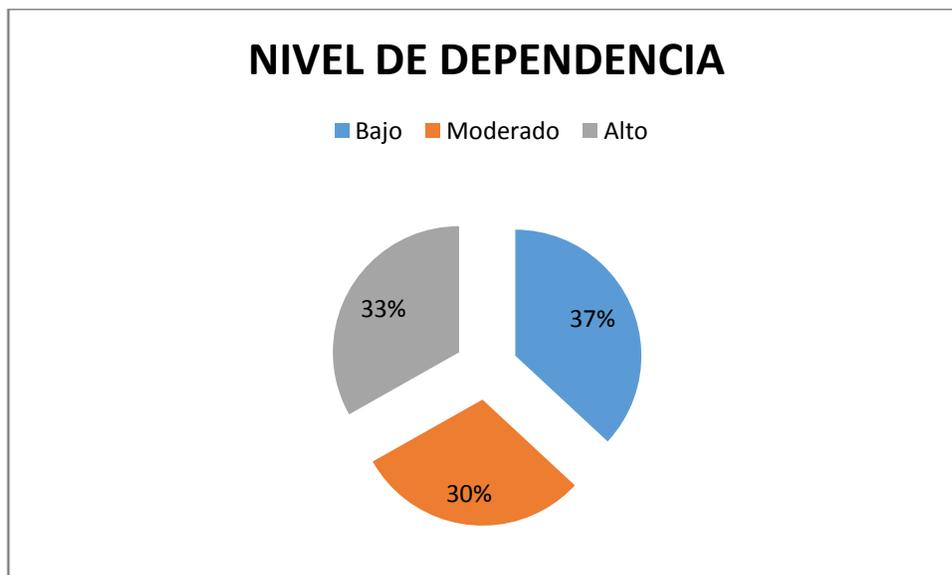
PACIENTES ENTREVISTADOS POR SERVICIO			
	Femenino	Masculino	Total
1. Psicología	47	36	83
2. Médico	93	80	173
3. Trabajador Social	98	69	167
4. Enfermería	2	0	2
5. Odontología	2	1	3



Nivel de dependencia (Cuestionario Fageström):

Posterior a la consejería breve, los integrantes del equipo multidisciplinario les piden a los derechohabientes que si les pueden contestar el cuestionario para conocer su nivel de dependencia y los resultados son de 428 derechohabientes entrevistados de los cuales 158 se encuentran en un nivel bajo y representa un 36.9%, en el nivel moderado fueron 128 pacientes con 29.90% y en un nivel alto encontramos a 142 pacientes que representan un 33.17%.

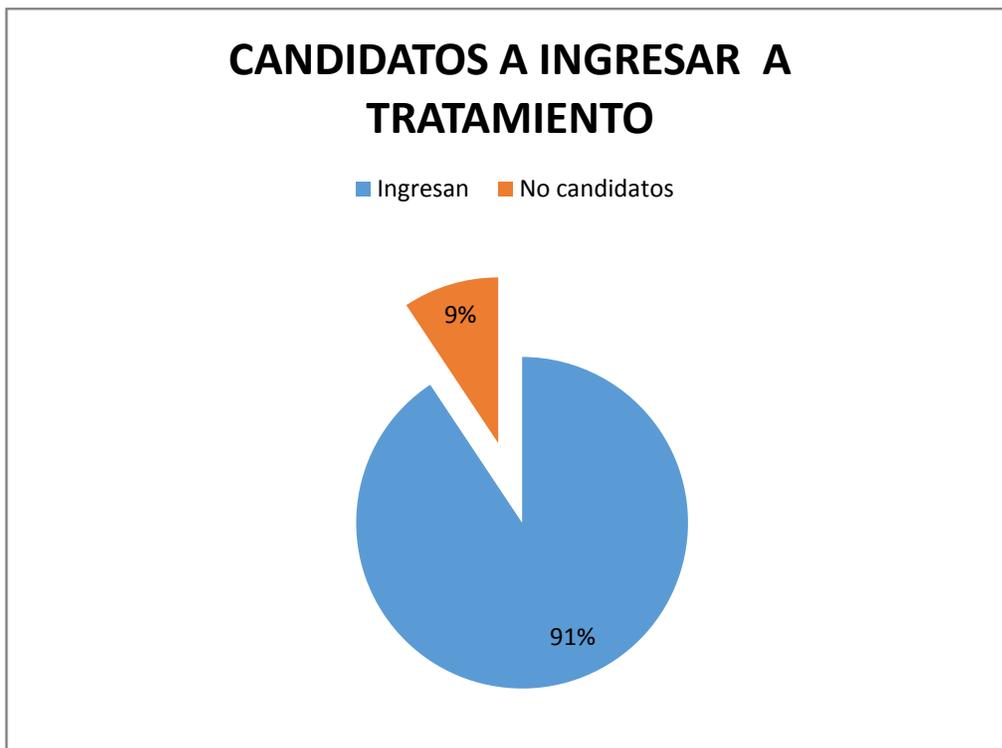
Nivel	Total
Bajo	158
Moderado	128
Alto	142



Ingreso a tratamiento:

De los 428 pacientes registrados fueron candidatos a ingresar al tratamiento 388 que representa el 91%.

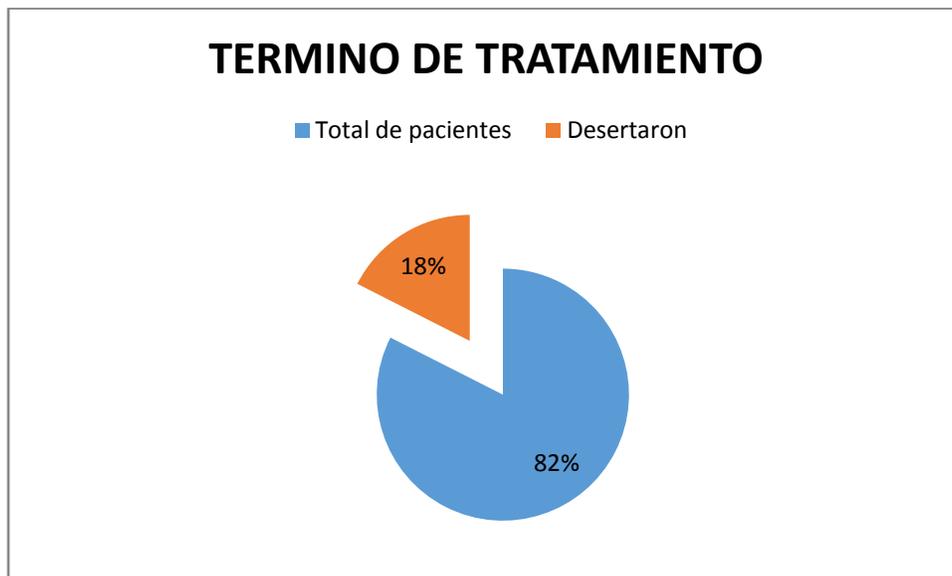
INGRESO A TRATAMIENTO	
Ingresan	388
No candidatos	40



Termino tratamiento:

De un ingreso total de 388 candidatos, al final de las 12 sesiones solo concluye 353 y desertaron 75 pacientes.

TÉRMINO DE TRATAMIENTO	
Pacientes que concluye	353
Desertaron	75

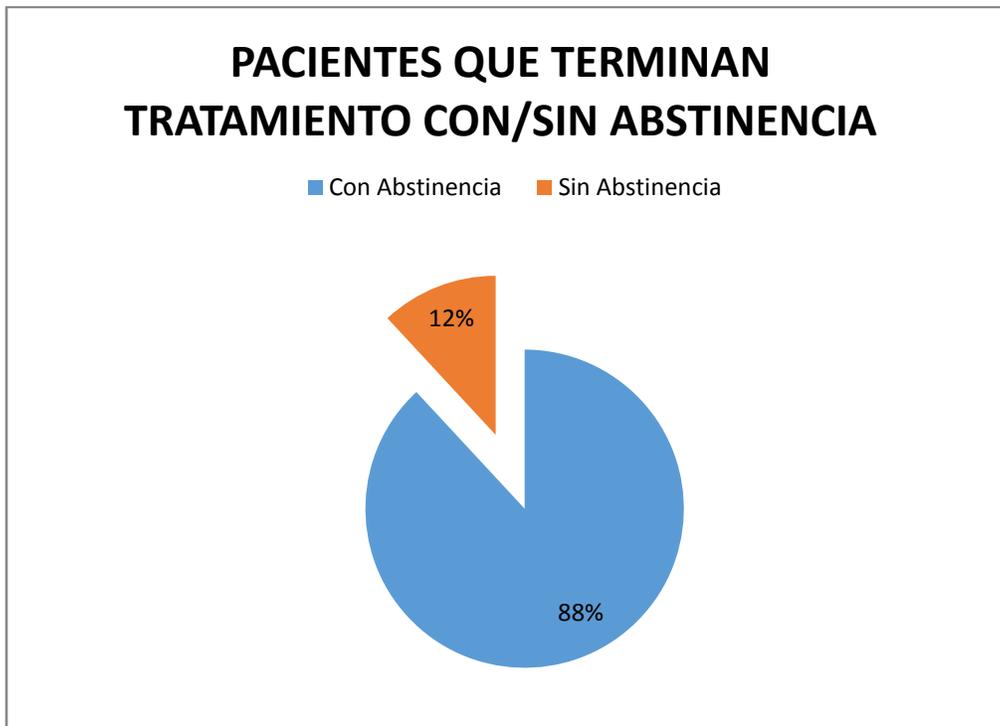


Total de pacientes que terminaron el tratamiento con/sin abstinencia

De los 353 pacientes que concluyeron las 12 sesiones, de los cuales 311 concluye el programa con abstinencia que equivale al 88% y 42 pacientes concluye sin dejar de fumar (12%).

**PACIENTES QUE TERMINAN TRATAMIENTO
CON/SIN ABSTINENCIA**

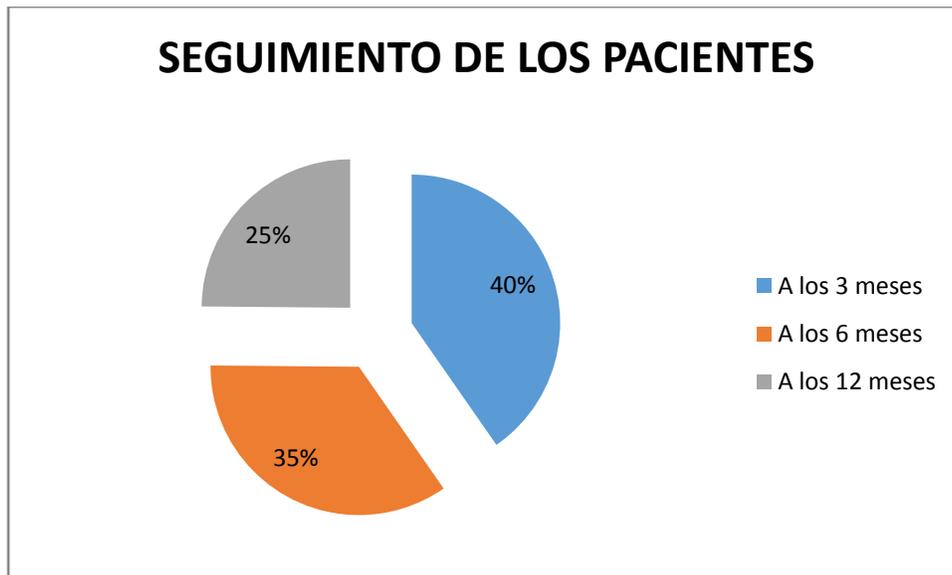
Con Abstinencia	311
Sin Abstinencia	42



Seguimiento de los pacientes:

Como en todo proceso, no todos los pacientes cuentan con el tiempo necesario para acudir a sesiones extras para su seguimiento, cada trimestre existe una fluctuación de éstos pacientes, a los 3 meses continúan 292 (40%), a los 6 meses 252 (35%) y al año solo 180 pacientes (25%).

SEGUIMIENTO EN TRATAMIENTO GRUPAL	
A los 3 meses	292
A los 6 meses	252
A los 12 meses	180



X DISCUSIÓN

La demanda de tratamiento de tabaquismo que existe en el Instituto es proporcional a lo que se oferta, es decir, por unidad médica al año se debe de atender a 45 pacientes si esto lo multiplicamos por las 11 clínicas tenemos un total de 495 usuarios que en teoría se les debería dar atención, sin embargo, en el año 2014 se captó a 428 derechohabientes de los cuales solo 388 inicia tratamiento y 40 no son candidatos debido al nivel de dependencia bajo.

Afortunadamente el trabajo que realiza el equipo multidisciplinario es fundamental para poder integrar a los usuarios al programa, ya que se tiene un importante número de pacientes en lista de aspirantes, esto también se debe a que existe un plan institucional que tiene por objeto un ambiente libre de humo de tabaco, con lo cual las 11 unidades médicas están certificadas como “Edificio Libre de Humo de Tabaco”, lo que lleva realizar varias intervenciones a nivel de los trabajadores y de los derechohabientes.

El análisis de las características del sexo se da con predominio en el femenino, se sabe que el tratamiento del tabaquismo incluye diversas intervenciones terapéuticas que han demostrado ser eficaces, desde el consejo mínimo hasta la atención intensiva con el soporte del equipo multidisciplinario, en este caso, en el instituto en el primer nivel de atención contamos con el apoyo integral, junto con la utilización de fármacos en este caso vareniclina, junto al apoyo psicológico cognitivo-conductual.

Se sabe que el personal médico junto con el trabajador social son los pilares fundamentales para integrar al paciente fumador al programa.

Cuando analizamos el logro de la cesación, según el tiempo de asistencia (12 sesiones), observamos que los pacientes que concluyeron las sesiones

presentaron un porcentaje de cesación de 82%, por lo que creemos que un plan de 12 sesiones sería probablemente el tiempo más eficaz de duración del tratamiento.

Con respecto a los 75 usuarios (18%) que desertaron, creemos necesario conocer cuál es el motivo por el cual decidieron no continuar con la finalidad de fortalecer este punto e incrementar la tasa de cesación.

De los 353 pacientes que concluyeron las 12 sesiones, 311 concluye el programa con abstinencia que equivale al 88% y 42 pacientes concluye sin dejar de fumar (12%), podemos decir que el 88% presento cambios favorables de abstencionismo.

Es parte fundamental del plan de cesación el mantener el apoyo a los pacientes al termino de las sesiones, durante los 3, 6 y 12 meses, con el objetivo de utilizar estrategias cognitivas y conductuales que sirvan al paciente para identificar las situaciones disparadoras del deseo de fumar y que le brinden las herramientas necesarias para enfrentarse a la compulsión del consumo. Desafortunadamente el seguimiento en estos pacientes a pesar de que es un club de ex fumadores la población que asiste va disminuyendo a los 3 meses continúan 292 pacientes (40%), a los 6 meses (35%) y al año solo 180 pacientes (25%), independiente de que se abandonó el hábito y de los beneficios logrados.

Así como evaluar en todos los usuarios que ingresaron al programa el índice de cesación al año, puesto que tratándose de una enfermedad crónica y recurrente los resultados inmediatos pueden ser muy buenos pero las recaídas suelen ser altas. (López Varela, 2007)

XI CONCLUSIÓN

El programa tiene una efectividad adecuada, considero que es importante el trabajo del equipo multidisciplinario ya que permite abordar al paciente desde una mirada global, incidiendo en una esfera psico-emocional, física, nutricional, etc.

Se corrobora la importancia que se tiene del personal de salud como primer contacto con los pacientes en el momento de la consejería breve, porque denotamos el nivel de motivación para comenzar el tratamiento así como el nivel de adicción a la nicotina.

El programa puede llevarse a cabo de manera grupal o individual, de tipo multidisciplinario, basado en un modelo cognitivo conductual, con apoyo de tratamiento farmacológico (vareniclina), si lo amerita el derechohabiente.

Las sesiones son coordinadas y se sigue un esquema definido en el área de dirección médica, para el tratamiento de la adicción, que apunta a un proceso de deshabitación tabáquica, en conjunto con la modificación de algunas conductas.

Durante el desarrollo de las sesiones se trabajan con aspectos cognitivos conductuales, evaluando inicialmente el encuadre terapéutico, la descripción de las características de la adicción a la nicotina y lo que se espera del tratamiento. Así mismo el contenido de las sesiones y aprender las determinantes que condicionan la adicción.

Conforme avanzan las sesiones, se van planteando las diferentes actividades a realizar tanto en la reunión como en casa, iniciando con el auto-registro diario del consumo y carta de despedida al cigarro. Acompañándose con el proceso de abandono a través de técnicas y aprendizaje de nuevas o modificación de conductas.

A su vez se estimula en los participantes un descenso paulatino del consumo, en vez de un corte abrupto, siempre con el apoyo del equipo multidisciplinario antes, durante y después de la cesación de tabaco.

Por otro lado, el reporte trimestral que se genera en cada unidad médica no es el adecuado, se necesita realizar modificaciones para generar nuevas estrategias en la prevención y promoción de la salud. Los datos que pueden ser importantes y que encontramos en otros estudios para la evaluación de los programas son: edad, estado civil, escolaridad, intentos previos, edad de inicio, enfermedad, número de cigarrillos, entre otros, (López Varela, 2007) lo que refleja la importancia del tabaquismo en la base fisiopatológica de la dependencia al tabaco.

Finalmente, se puede manifestar que el programa es positivo y cumple con los lineamientos establecidos, que es el disminuir el consumo de tabaco en los pacientes, sin embargo la población que tiene acceso al programa es mínima.

Por otra parte, es importante reconocer al tabaquismo como una adicción, ya que de él dependerá el abordaje y el tratamiento que el médico pueda ofrecer a su paciente así como la prevención al fomentar estilos de vida saludable en sus pacientes como lo es el no fumar; esto abre la posibilidad en 2 vertientes, la primera la Clínicas de Cesación en la Delegación Regional Zona Sur solo están disponibles en el horario matutino, por lo tanto se puede incrementar la atención en un horario vespertino o por otro lado, crear alguna Clínica de Cesación para la atención fuera de la unidad médica, con horario abierto, lo que permitiría una mayor captación de pacientes y familiares.

Es importante mencionar que es un programa preventivo y está abierto a la población en general, sin embargo si el paciente necesita tratamiento farmacológico, éste no puede ser otorgado por el instituto.

Así mismo, se debe indagar en las necesidades, dificultades y adaptaciones que se realizaron al programa institucional al aplicar el programa del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias con la población que demanda los servicios de tratamiento en el ISSSTE.

Se debe de actualizar de acuerdo a las características del instituto y de la población que atiende.

En algunos casos, la deserción y la falta de continuidad en los seguimientos, responde a que los pacientes lograron la cesación y ya no consideran necesario continuar asistiendo.

XII
BIBLIOGRAFÍA

Altamirano, M. V., & Alcaráz, A. J. (2011). *EVALUACIÓN DE LA CLÍNICA PARA DEJAR DE FUMAR CIJ*. Recuperado el 01 de 12 de 2015, de www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/11-14.pdf

Bello S, M. S. (2005). Efectos del humo de tabaco ambiental en no fumadores. *Revista chilena de Enfermedades Respiratorias* , 179-192.

BELLO S, S. F. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias* , 127-137.

Chao, A. e. (2002). Cigarette smoking use of other tobacco products and stomach cancer mortality in US adults. *International Journal of Cancer* , 380-389.

Corazón, F. I. (2013). *Monitor Ciudadano Sobre el Control del Tabaco en México*. México: FIC México.

Departamento de Salud y Servicios Humanos. (05 de 2011). *NIDA Serie de reportes de investigación*. Recuperado el 01 de 02 de 2016, de www.drugabuse.gov/nidamed

Estado, I. d. (04 de 11 de 2015). *gob.mx/issste/prensa/prevencion-y-atencion-estrategias-para-combatir-la-epoc-en-el-issste*. Recuperado el 12 de 01 de 2016, de <http://www.gob.mx/issste/prensa/prevencion-y-atencion-estrategias-para-combatir-la-epoc-en-el-issste>

Galindo, J. (2007). Patología otorrinolaringológica asociada al tabaquismo. *Info Tabac* , 5.

García del Castillo R., J. A. (2004). Prevalencia del consumo de tabaco en población universitaria. *Salud y drogas* , 19-38.

Gómez, C. P. (2009). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Hayden McRobbie, S. T. (2008). La importaca de tratar la dependencia tabaquica. *Revista española de cargiología* , 620-628.

Jiménez-Silvestre, K. C.-V. (2004). *Evaluación de resultados*. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza.

Lazcano-Ponce et al, R.-S. L.-L.-M.-H.-G.-L.-S.-H.-d.-M.-J. (2013). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: tabaco*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

López Varela, M. V. (2007). Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Revista Médica del Uruguay* , 25-33.

Maggiolo, J. (2011). Tabaquismo durante el embarazo. *Sociedad chilena de neumología pediátrica* , 12-15.

Mendoza-Meжелéndez, M. L.-B.-B.-C.-S. (2013). Estudios Tabaquismo Ciudad de México. Encuesta en hogares. México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA).

Ocampo, M. A. (s.f.). *Pograma de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel*. México, D.F.: Clínica Contra el Tabaquismo Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Tórax.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Who*. Recuperado el 01 de 02 de 2016, de http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_SP.FINAL%20COVER%20AND%20TEXT.pdf

Rubio Monteverde, H. &. (2006). Breves comentarios sobre la historia del taaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* , 297-300.

Sabido, R. C. (2003). El consumo de babaco. Desde los mayas al siglo XXI. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* , 103-107.

Salazar-Martínez, E. S.-Z.-P.-N.-P.-A. (2002). El tabaquismo y su fracción atribuible en la enfermedad isquémica cardiaca. *Salud Pública de México*, 44(Supl. 1) .

Shanks TG, B. D. (1998). Disease consequences of cigar smoking. *National Cancer Institut, Cigars.* , 105-155.

Tucumán, F. d. (01 de 01 de 2006). *Facultad de Medicina*. Recuperado el 2016 de 02 de 01, de <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/TabaquismoyEmbarazo.pdf>

OMS, Atlas de Tabaco, 2012.

Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013.

ANEXO

I

GUÍA TÉCNICA PARA OPERAR LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN UNIDADES MÉDICAS

		PAGINA
INTRODUCCIÓN	-----	1
OBJETIVOS	-----	3
METAS	-----	4
DESARROLLO	-----	5
• ORGANIZACIÓN	-----	6
• ESTRATEGIAS	-----	7

INTRODUCCION

En el siglo XX la epidemia del tabaquismo mató a 100 millones de personas en el mundo; en el siglo XXI podría matar a mil millones.

En la actualidad provoca 5.4 millones de defunciones por año. A menos de que se adopten medidas urgentes, para el 2030 habrá más de 8 millones de defunciones por año, de las cuales más del 80% se registrarán en países en desarrollo, entre los que se encuentra MÉXICO.

Dicho de otra manera, el tabaco matará a más de 175 millones de personas en el mundo de aquí al año 2030.

El tabaco es el único producto de consumo legal que puede dañar a todos los que se le exponen a él y causa la muerte de hasta la mitad de quienes lo consumen de la manera prevista.

Así, hay más de 1,250 millones de fumadores en el mundo, donde el consumo de tabaco es un factor de riesgo de 6 de las 8 causas principales de mortalidad, entre las que se encuentran:

- Cardiopatías isquémicas
- Enfermedades Cerebrovasculares
- Enfermedades de vías respiratorias inferiores
- La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- VIH (SIDA)
- Enfermedades diarreicas
- Tuberculosis y,
- Los diversos tipos de cánceres (tráquea, bronquios, pulmones, laringe, entre otros).

Así también, el fumar se asocia con el aumento de la mortalidad natal y perinatal, ente otros problemas de salud pública, siendo la principal causa evitable de muerte prematura en los países desarrollados.

Es de relevancia señalar que son 10 los países en los que se concentra casi las dos terceras partes de los fumadores del mundo, siendo el primer lugar China, seguido por India, Indonesia, Federación Rusa, Estados Unidos de América, Japón, Brasil, Bangladesh, Alemania y Turquía.

Actualmente, 15.9% de la población mayor de 15 años en México es fumadora, lo que representa 10.9 millones de mexicanos fumadores. Los hombres (24.8%)

fuman más que las mujeres (7.8%). Aproximadamente 8 millones de hombres y 2.8 millones de mujeres son fumadores actuales. (GATS. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, 2009)

El porcentaje de hombre y mujeres que fuman diariamente (11.8% y 3.7%, respectivamente) es similar al de los fumadores ocasionales (13.0 y 4.1%, respectivamente). Esto quiere decir que 5.2 millones de mexicanos son fumadores diarios (3.9 millones de hombres y 1.3 millones de mujeres).

Según la encuesta global de tabaquismo en adultos, (GATS, 2009), la prevalencia de consumo diario es mayor en la población mayor de 45 años, en comparación con los jóvenes, quienes fuman en mayor medida, de manera ocasional.

Las mujeres de entre 15 a 24 años fuman de manera sólo ocasional, comparadas con las mujeres mayores de 45 años quienes fuman diariamente.

Es así como desde el año 2001, la Institución ha venido haciendo esfuerzos para incidir en este gran problema de salud pública que aqueja a nuestra población derechohabiente, de tal suerte que con base a la experiencia práctica y la capacitación que todos y cada uno de los profesionales abocados a esta área de atención se ha elaborado e implementado una

GUÍA TÉCNICA PARA LA OPERATIVIDAD DE LAS CLÍNICAS CONTRA EL TABACO

La presente guía pretende como su nombre lo indica ser un procedimiento que guíe en forma ordenada y comprobada la efectividad en el tratamiento de pacientes que desean abandonar la adicción al tabaco.

La presente guía forma parte del proceso de tratamiento propuesto por Instituciones como el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Centro de Integración Juvenil (CIJ), de tal suerte que dada la importancia de homologar los tratamientos probados y comprobados, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, (ISSSTE) presenta esta guía, retomando las líneas básicas de las guías de las instituciones mencionadas anteriormente, claro está, con las especificidades que cubran las necesidades para nuestro Instituto y en particular para las características de nuestra derechohabiencia.

OBJETIVOS

GENERAL

Homologar las acciones a realizar dentro del tratamiento médico/conductual integral para lograr incidir efectivamente en el abandono de la adicción al tabaco en nuestra derechohabiente afectada.

ESPECÍFICOS

- Promover la salud y estilos de vida saludables.
- Prevenir la adicción al tabaquismo a través de educación para la salud
- Detectar oportunamente etapas tempranas de la adicción, a través de la aplicación de prueba de tamizaje (Fagerstrom)
- Implementar un Programa integral para la cesación de la adicción al tabaco.
- Monitorear a la población inscrita al Programa durante el periodo que abarca su tratamiento integral.
- Evaluar la efectividad del tratamiento aplicado en los grupos implementados así como en los pacientes tratados en forma individual, en todas y cada una de las unidades médicas.

METAS

1) Detectar derechohabientes con riesgo para desarrollar esta adicción, a través de los siguientes filtros de atención:

- Médico(a)

- Psicólogo(a)

- Enfermera(a)

- Trabajador Social(a) y/u,

- Otro profesional de la salud, mediante actividades permanentes de educación para la salud en los diversos escenarios en los que se desempeñan los equipos al interior de la unidad médica.

2) Formar 3 a 4 grupos al año de tratamiento, de máximo 15 personas cada uno de ellos, tanto en la modalidad grupal y/o individual.

3) Atender en la modalidad individual a aquellos pacientes que previa valoración médico/psicológica no se ajusten a la modalidad grupal (pacientes con trastorno psicológico y/o psiquiátrico o alguna circunstancia que éstos profesionales de la salud consideren improcedente para la inserción a terapia grupal.

4) Brindar promoción, prevención, detección, atención, tratamiento y/o canalización a instancias especializadas; referencias a otro nivel de atención por problemas relacionados al tabaquismo y contrarreferencias, con base a su diagnóstico situacional elaborado y plasmado año con año a través de su programa de Trabajo Anual.

5) Formación y fortalecimiento de redes sociales, convenios, acuerdos, en coordinación con la instancia Central y/o Delegacional, según corresponda, que permita fortalecer los servicios que ofrece la Clínica de Atención al Tabaquismo en todas y cada una de sus unidades médicas de competencia.

6) Capacitar permanentemente, al equipo multidisciplinario que atiende al paciente con tabaquismo.

DESARROLLO

Cabe señalar que **la presente GUÍA** se encuentra señalada como un instrumento que deberá contemplarse dentro del desarrollo de los lineamientos del Programa Institucional denominado Salud Mental y Adicciones, dentro del cual se encuentra inserto el Subprograma **TABAQUISMO**, el cual tiene las siguientes características:

DE TIEMPO

Programa permanente con actualizaciones anuales, según las necesidades detectadas.

DE ESPACIO

Unidades médicas de los tres niveles de atención, incluyendo Hospitales Regionales y CMN "20 de Noviembre".

UNIVERSO DE TRABAJO

Población derechohabiente del Instituto con adicción al Tabaco.

ORGANIZACIÓN

NIVEL CENTRAL

A la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud (SPPS), le corresponde la decisión político/administrativa del Programa Salud Mental y Adicciones, dentro del cual se encuentra inserto el Apartado Adicciones y a su vez dentro de éste se encuentra el subprograma Tabaquismo mismo que contempla a la Clínica de Atención al Tabaquismo.

Es responsabilidad de la Dirección Médica del Instituto, quienes a su vez, en coordinación con autoridades del sector salud, de adecuar y actualizar los lineamientos y normas institucionales y dar línea a las Delegaciones Estatales y/o Regionales, a través de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud.

NIVEL MEDIO

Las Subdelegaciones Médicas Estatales y/o Regionales, así como las Direcciones de Hospitales Regionales y CMN “20 de Noviembre”, serán las responsables junto con su Departamento de Atención Médica, para el caso de las Delegaciones Regionales adecuar y actualizar los lineamientos y normas institucionales; quien los aplicará, será el responsable de la Coordinación del Área de Salud Mental y Adicciones.

NIVEL OPERATIVO

Los directores de unidad médica serán los responsables directos de que a través de su equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, se lleve a cabo, tanto el objetivo general como específicos, así como el cumplimiento de las metas, además de que el contenido del Programa de tratamiento se aplique bajo los lineamientos de la presente **Guía técnica**, en la unidad que se encuentra a su cargo.

ESTRATEGIAS

El equipo profesional multidisciplinario idóneo para operar la Clínica se sugiere sea:

MÉDICO (A):

- Realiza la historia clínica del paciente candidato a integrarse al Programa de 12 sesiones para dejar de fumar y sugiere si dicho paciente será candidato a terapia grupal o individual.
- Sensibiliza a los médicos junto con los demás miembros del equipo para que todos los médicos dentro de su consulta apliquen el cuestionario de Fagerstrom y realicen consejería breve en materia de prevención de tabaquismo y/o canalización a Clínica de Atención al tabaquismo de sus pacientes vistos en consulta diaria y reportar las entrevistas médicas dentro del informe mensual, en el rubro de "Pacientes detectados por personal médico". (Ver Formato de Reporte Trimestral, apartado II).
- Se encarga del monitoreo del tratamiento farmacológico proporcionado a los pacientes que se integran a Tratamiento tanto para la modalidad grupal como individual.
- Participa en el Club de exfumadores que se realiza a los 6 y 12 meses de terminado el tratamiento de 12 sesiones, dando algún tema con respecto a prevención de recaída, efectos de la recaída y sus implicaciones y las alternativas de solución, entre otros temas médicos de relevancia.

PSICÓLOGO (A):

- Aplica entrevista psicológica a pacientes candidatos a ingresar al Programa de 12 sesiones para dejar de fumar y sugiere si dicho paciente será candidato a terapia grupal o individual, en coordinación con el médico adscrito a Clínica de Atención al Tabaquismo.
- Aplica en su consulta el Cuestionario "Fagerström" y dará consejería breve en materia de prevención de tabaquismo y/o canalización a pacientes a integrarse al Grupo de tratamiento ya sea individual o grupal, además de reportar el número de detecciones realizadas en el informe trimestral, en el rubro "Pacientes detectados por Psicología".
- Aplica, califica e interpretará pruebas psicológicas que considere pertinente, entre ellas, el Fagerström, Test de Beck para Depresión y Ansiedad y los que se consideren pertinentes para evaluar la entrada y permanencia de un paciente en grupo o sugiere atención individual.
- Aplica las técnicas del enfoque cognitivo/conductual dentro de las sesiones de tratamiento en el Programa de 12 sesiones.
- Participa en el Club de exfumadores que se realiza a los 6 y 12 meses de concluido el tratamiento de 12 sesiones, dando algún tema con respecto a los aspectos psicológicos de las recaídas, manejo del

estrés, técnicas de relajación, etc., como alternativas para mantenerse en abstinencia o en su defecto para recuperarse de alguna recaída.

ENFERMERO (A):

- Se encarga de tomar signos vitales sesión a sesión, de los pacientes que se encuentren dentro del Programa de 12 sesiones para abandonar la adicción al tabaco.
- Participa junto con la responsable del área de Trabajo Social de la coordinación de las actividades relacionadas con la difusión de la Clínica y de actividades de educación para la salud, como son los periódicos murales, pláticas de prevención del tabaquismo en salas de espera y otras áreas de la unidad médica.
- Orienta en materia de tabaquismo en los diferentes espacios contemplados en el rubro de promoción a la salud y a su vez colaborar en la detección a través de la aplicación de la Encuesta **“Fagerström”** y canaliza a posibles candidatos a integrarse a la Clínica de Atención al Tabaquismo.
- Reporta en el informe trimestral el número de aplicaciones **“Fagerström”** realizadas, en el rubro de “pacientes detectados por enfermería” y es la encargada de registrarlos en el Sistema Estadístico en Línea de Medicina Preventiva (SIEMP), en el rubro de ***“Detecciones Tabaquismo”***.
- Lleva el registro y control de el manejo del insumo utilizados y da un informe trimestral de su manejo (existencia, recibidos, otorgados, requeridos, próximos a caducar, etc.).
- Participa en el Club de exfumadores que se realizar a los 6 y 12 meses de terminado el tratamiento de 12 sesiones, dando algún tema con respecto a los efectos de la recaída en el organismo; sus implicaciones y las alternativas de solución.

TRABAJADOR (A) SOCIAL:

- Es responsable de la promoción y difusión tanto de la Clínica contra el Tabaco como de todas las actividades que se encuentran alrededor de ésta, como son los periódicos murales, las pláticas de prevención y promoción a la salud en salas de espera y otras áreas de la unidad médica, entre otras.
- Es responsables de dar orientación en materia de tabaquismo en los diferentes espacios contemplados en el rubro de promoción a la salud y a su vez colaborar en la detección y canalización de posibles candidatos a integrarse a la Clínica contra el tabaco y reportar en el informe mensual el número de orientaciones realizadas, en el rubro de “pacientes detectados por Trabajo Social”.
- Lleva el registro en una libreta de pacientes candidatos a integrarse al Programa de 12 sesiones para dejar de fumar y es responsable de enviárselos por bloques tanto al médico como al psicólogo para su

valoración y decisión de inclusión a tratamiento ya sea individual o grupal según consideren ambos profesionales.

- Forma y calendariza los 3 a 4 grupos de máximo 15 personas, que se llevarán a cabo durante el año, en coordinación con los demás miembros del equipo profesional multidisciplinario.
- Es encargada de recordar vía telefónica a los pacientes de su sesión así como de la reconquista de pacientes que han abandonado su tratamiento.
- Es responsable de, posterior a la terminación de cada Programa de tratamiento (12 sesiones), hacer el seguimiento de pacientes que recayeron, vía telefónica, en los lapsos de un mes, 6 meses y 12 meses.
- Es responsable de formar el grupo de exfumadores con los mismos pacientes que estuvieron inscritos al Programa de 12 sesiones en el primer y segundo semestre, respectivamente, además de darle seguimiento mensual durante los 12 meses posteriores al término del tratamiento tanto individual como grupal.

DESARROLLO DE LAS SESIONES

CONSIDERACIONES GENERALES

12 Sesiones de tratamiento para la cesación del tabaquismo con enfoque médico/cognitivo/conductual.

La periodicidad de las sesiones se sugiere una vez por semana, con una duración de 60 a 120 minutos por sesión

SESION	TEMA	OBJETIVOS
1	INTRODUCC IÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Encuadre del grupo - Sensibilizar sobre la importancia del mismo (se sugiere que el psicólogo aplique una dinámica grupal cuyo objetivo sea sensibilizar al grupo para su adherencia al tratamiento para - Hablar sobre las “ventajas” y desventajas de dejar de fumar (se sugiere la participación del médico para hablar de los efectos en el organismo). - Dar a conocer el contenido del Programa en general como el de cada una de las sesiones. - Dinámica de “Lluvia de Ideas” que permita a cada paciente hablar de sus expectativas del tratamiento, con el objetivo de clarificar alcances y limitaciones del mismo (se sugiere que la dinámica la lleve el psicólogo y/o médico). - Iniciar el proceso de autorregistro del cigarrillo, en el que el paciente se va autoobservando. Esta se analizará semana a semana desde el inicio hasta suspender la conducta de fumar.
2	DAÑOS A LA SALUD EN GENERAL/ EPIDEMIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el contrato terapéutico del paciente y el equipo profesional multidisciplinario de la Clínica de Atención al Tabaquismo. Explicar la naturaleza de la adicción, sus consecuencias en el organismo, tal como la dependencia física y psicológicas, sus diferencias; síntomas del síndrome de abstinencia así como beneficios semana a semana de dejar de fumar (se sugiere que el médico sea el actor principal en el tema y los demás miembros del equipo retroalimenten la información desde su área profesional). - Se le proporcionará al paciente la orden para exámenes de laboratorio y/o de gabinete que el médico sugiera, tal como espirometría, tele de torax, entre otros, con el objetivo de que para la 6ª. Sesión se retomen los resultados con el tema de las sesiones 6 y 7 - Se analizará la importancia del auto-registro de cigarrillos que el paciente tendrá que hacer de manera diaria. - Se hablará desde la perspectiva psicológica del proceso de duelo por el abandono del hábito para darle preámbulo a la dinámica de “Carta de despedida al cigarrillo” misma que se dejará de tarea y se revisará en la cuarta sesión. (se sugiere aplicar la dinámica por parte de la psicóloga) - Asimismo, se busca sensibilizar para que el paciente vaya pensando en definir una probable fecha para dejar de fumar. - El médico analizará las características de cada paciente para determinar el tratamiento farmacológico más adecuado en función de la entrevista previa realizada por el médico y psicólogo y los resultados del Fagerström

		Se aplicará el cuestionario “ MOTIVOS ASOCIADOS AL TABACO ”, con el objetivo de hablar a cerca de los motivos psicológicos, en muchos casos inconscientes, con los que el paciente ha asociado la utilización del tabaco.
--	--	--

DESARROLLO DE LA SESIONES Y CONTENIDO TEMÁTICO

3	ABSTINENCIA Y ASIGNACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Se explica el proceso del síndrome de abstinencia (síntomas) y sus causas, así como brindar consejos útiles que permitan el proceso de desintoxicación (Se sugiere que la psicóloga aplique técnicas de relajación dentro de las cuales se manejen técnicas de modificación de conducta, cognitivo/conductuales y/o en su defecto, sugerencias poshipnóticas para manejar y superar el síndrome de abstinencia) - El médico explica cada uno de los tratamientos farmacológicos de los cuales se puede apoyar el paciente en el proceso de desintoxicación así como su correcto uso y preparar al paciente para que a partir de la 4ª. Sesión se suprime el cigarro y se administre el sustituto de nicotina (goma, inhalador o vareniclina) a cada uno de los pacientes en tratamiento, según lo más idóneo para cada uno de ellos. - De tarea se le deja al paciente que se deshaga de todo aquello que tenga que ver con el cigarro (ceniceros, encendedores, cajas adornadas para guardar la cajetilla de cigarrillos, etc). - Se analiza la toma de decisión del paciente para llegar a la abstinencia.
4	MANEJO DEL ESTRÉS Y SITUACIÓN DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Se aplican cuestionarios de Beck para depresión y ansiedad; cada uno califica sus test y se retroalimentan en el grupo. El psicólogo habla de como el estrés y la depresión influyen en adquirir la adicción al tabaquismo y como se puede contrarrestar o aprender a canalizar adecuadamente el estrés y atender la depresión - El psicólogo revisa la dinámica “Carta de despedida al cigarro” (misma que se dejó de tarea en la sesión 2; se retroalimenta con la de algunos de los participantes que la deseen compartir con el grupo. Esta le permitirá al paciente explorar, reflexionar sobre los motivos que lo impulsan a dejar la adicción, así como las expectativas, temores y dudas sobre su proceso. - Se aplican técnicas de relajación (Se sugiere la intervención principal del psicólogo y demás miembros del equipo profesional para la aplicación y manejo asertivo de las técnicas de relajación). - Se establece un Programa de acción planeado con metas específicas a corto (de aquí a un mes y medio) y mediano plazo (de 1 a 6 meses). - El psicólogo interviene con el abordaje de técnicas de

		<p>afrontamiento a situaciones de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se habla de las influencias, estímulos o situaciones de riesgo que pueden llevar al paciente a volver a fumar, como puede ser el caso de la publicidad. (Se les pasa video para que observen y analicen el impacto que tiene la publicidad en el individuo y el grupo).
5	RECAÍDAS, NUTRICIÓN Y EJERCICIO	<ul style="list-style-type: none"> - Se aborda el tema de ventajas y desventajas de las recaídas a lo largo del proceso de tratamiento - Se proporciona al paciente consejos y recomendaciones precisas ya que las recaídas forman parte del proceso de rehabilitación o cesación del tabaquismo. - Se proponen alternativas de ejercicio físico. - Se toma su porcentaje de grasa corporal y su peso (Se sugiere que la enfermera sea el profesional o en su defecto el activador físico o nutrióloga) y se le dan recomendaciones precisas con respecto de su alimentación (se sugiere invitar a la sesión a un profesional experto en la materia – nutriólogo). Se les dan sugerencias concretas de alimentos a consumir y no consumir y cómo consumirlos dentro de su dieta. - Se retoma el tema del manejo asertivo del estrés (se sugiere que el psicólogo aplique técnicas de relajación para el manejo de la misma o alguna actividad relacionada).
6	DAÑOS A LA SALUD Y APARATO RESPIRATORIO	<ul style="list-style-type: none"> - Se habla sobre la anatomía y fisiología del aparato respiratorio y los efectos del tabaquismo (Se sugiere que esta sesión la desarrolle el médico o en su defecto se invite a un especialista – neumólogo - para desarrollar la sesión. - Se retroalimentan las pruebas de laboratorio y de gabinete, que se sugirieron al inicio del tratamiento (espirometría, por ejemplo), el especialista va retroalimentando a cada uno de los pacientes con respecto de los estudios aplicados pretratamiento. - Se abordan las patologías más frecuentes en relación con el consumo del tabaco. - Se aborda el tema de la rehabilitación del aparato respiratorio y se proporciona al paciente algunos ejercicios respiratorios (por ejemplo inflar globos, hacer burbujas con un popote dentro de un vaso con agua, chiflar, etc.)

7	DAÑOS A LA SALUD Y APARATO CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Se habla sobre la anatomía y fisiología del aparato cardiovascular y los efectos del tabaquismo (Se sugiere que esta sesión la desarrolle el médico o en su defecto se invite a un especialista – cardiólogo - para desarrollar la sesión. - Se retroalimentan las pruebas de laboratorio y de gabinete, que se sugirieron al inicio del tratamiento (electrocardiograma, por ejemplo), el especialista va retroalimentando a cada uno de los pacientes con respecto de los estudios aplicados pretratamiento. - Se abordan las patologías más frecuentes en relación con el consumo del tabaco. - Se aborda el tema de la rehabilitación del aparato cardiovascular y se proporciona al paciente algunas sugerencias (por ejemplo caminar, no comer ciertos alimentos etc.)
8	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	<ul style="list-style-type: none"> - Se aborda el tema de las recaídas como parte del proceso de rehabilitación y de la teoría del aprendizaje - Se exponen distintas herramientas de prevención de recaídas como: imaginación con inducción hipnótica, técnicas de relajación, entre otras.
9	MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Se define un plan de acción para el mantenimiento de la abstinencia - Se le dan sugerencias para mantenerse en abstinencia
10	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	<ul style="list-style-type: none"> - Se enseñan técnicas de relajación, autohipnósis, técnicas ericksonianas que los apoyen para evitar recaídas.
11	PROYECTO DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Como parte del desarrollo humano se trabaja la realización de un proyecto de vida que abarque las áreas: personal (“YO”), pareja, familia nuclear (padres e hijos), familia extensa (todos sus familiares, incluyendo sus familiares políticos), académicos, laborales, sociales y espirituales así como el planteamiento de metas a corto, mediano y largo plazo en cada una de éstas áreas.
12	CIERRE DEL TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Se informa sobre el tratamiento continuo, es decir que el paciente puede volver a inscribirse a otro grupo si no dejó de fumar en este. - Se sigue al paciente por vía telefónica, al mes y 6 y 12 meses de terminado su tratamiento por parte del Servicio de Trabajo Social, siguiendo su proceso de rehabilitación y se le invita al Club de exfumadores. - Se cierra el tratamiento con un evento/fiesta/kermesse significativo para valorar los pequeños y/o grandes logros de todos y cada uno de los pacientes.

NOMBRE	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • FAGERSTRÖM 	<ul style="list-style-type: none"> - Se sugiere aplicar en el proceso de selección de candidatos para integrarse a grupo de tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> • CUESTIONARIO DE AUTOREGISTRO DE CIGARRILLOS 	<ul style="list-style-type: none"> - Se sugiere aplicar lo desde la primera sesión para que el paciente vaya haciendo conciencia del motivo y estado de ánimo por el cual se fuma cada uno de los cigarros
<ul style="list-style-type: none"> • CONTRATO TERAPÉUTICO 	<ul style="list-style-type: none"> - Se sugiere trabajarlo en la 2da. sesión de tratamiento en el cual el paciente se percata de la corresponsabilidad que tiene en su tratamiento y el compromiso del equipo de salud para con él o ella
<ul style="list-style-type: none"> • DINÁMICA: "CARTA DE DESPEDIDA" 	<ul style="list-style-type: none"> - Se sugiere sea aplicada la dinámica por el psicólogo(a) con el objetivo de que el paciente se percate como en muchas ocasiones ha utilizado al cigarro como compañía, como "amigo(a)", en los momentos difíciles de su vida
<ul style="list-style-type: none"> • CUESTIONARIO DE MOTIVOS POR LOS QUE SE FUMA 	<ul style="list-style-type: none"> - Se sugiere sea aplicado el cuestionario en la sesión 2, se califique y se retroalimente por el psicólogo haciendo reflexionar a cada participante sobre los resultados obtenidos y que tanto coincide con su percepción. En muchas ocasiones el paciente ni siquiera se percata del motivo por el cual fuma un cigarro, al hacérselo consciente es más fácil modificar la conducta.
	<ul style="list-style-type: none"> - Se sugiere se

<ul style="list-style-type: none"> • ESCALA DE BECK PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD 	<p>apliquen y califiquen en la sesión 4. Cada paciente puede ser retroalimentado en el sentido de que muchas veces la ansiedad está tapando una depresión y entonces lo que hay que atender es la depresión primero. El psicólogo puede retroalimentar los test aplicados .</p>
<ul style="list-style-type: none"> • EJERCICIO DE RELAJACIÓN 	<p>- Se sugiere se apliquen ejercicios de relajación y autohipnósis moderna con el objetivo de que el paciente aprenda a autorelajarse en momentos de tensión y evite las recaídas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • LISTA DE CONSEJOS Y RECOMENDACIONES PARA MANTENERSE EN ABSTINENCIA 	<p>- Se le proporciona al paciente una lista de recomendaciones y se amplía con las experiencias de los mismos pacientes, lo que sirve de retroalimentación al grupo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • HOJA DE RUTINAS DE EJERCICIO FÍSICO 	<p>- Se le proporciona al paciente una lista de rutinas de ejercicio físico y de ser posible se invita a algún activador físico para retroalimentar la sesión correspondiente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • EL PLATO DEL BUEN COMER 	<p>- Se le proporciona al paciente el plato del buen comer y de ser posible se invita al nutriólogo(a) para retroalimentar la sesión</p>

	correspondiente.
<ul style="list-style-type: none">• PROYECTO DE VIDA	<ul style="list-style-type: none">- El psicólogo habla de la relevancia de contar con un proyecto de vida en donde la persona equilibre tiempo y espacio a cada una de las áreas de la vida (personal, pareja, familia, sociedad, etc.), como una manera de contar con motivaciones diversas que enriquezcan su vida en forma integral.

ANEXO



DELEGACIÓN REGIONAL PONIENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

CLÍNICA CONTRA EL TABACO 2011

FECHA: __ AÑO: __

TRIMESTRE QUE REPORTA: 1ER.TRIM () 2DO.TRIM. () 3ER.TRIM. ()
4º.TRIM. ()

1. DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA DONDE SE UBICA LA CLÍNICA PARA DEJAR DE FUMAR

NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:	
NOMBRE DEL DIRECTOR:	

2. DATOS DE LA CLÍNICA PARA DEJAR DE FUMAR

¿EN QUÉ AÑO COMENZÓ A OPERAR LA CLÍNICA PARA DEJAR DE FUMAR EN LA UNIDAD MÉDICA?	
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE DEL PERSONAL QUE PARTICIPA (NOMBRE Y ESPECIALIDAD)	

3. DETECCIÓN

VARIABLE	HOMBRES	MUJRES	TOTAL
PACIENTES ENTREVISTADOS POR PSICOLOGÍA			
PACIENTES ENTREVISTADOS POR PERSONAL MÉDICO			
PACIENTES ENTREVISTADOS POR TRABAJO SOCIAL			
PACIENTES ENTREVISTADOS POR ENFERMERÍA			
TOTAL DE CANDIDATOS A INGRESAR A TRATAMIENTO			

4. INICIO DE TRATAMIENTO

APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS FAGERSTROM	FEM.	MASC.	NIVELES DE ADICCIÓN	FEM	MASC
			• BAJO		
			• MODERADO		
			• ALTO		

PRUEBAS APLICADAS PRE-TRATAMIENTO	FEM	MASC.	PRUEBAS APLICADAS POST-TRATAMIENTO	FEM.	MASC.
• SERIE HEMATOLÓGICA					
• RAYOS X					
• TELE DE TÓRAX					
• ESPIROMETRÍA					
• OTRAS	ESPECIFICAR:				

5. TRATAMIENTO GRUPAL E INDIVIDUAL

GRUPO DE TRATAMIENTO	SESIONES																							
	GRUPAL									INDIVIDUAL														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
• CAJA DE CHAMPIX DE INICIO OTORGAD OS (CLAVE 0085)																								
• CAJA DE CHAMPIX DE INICIO OTORGAD OS (CLAVE 0086)																								

6. MOVIMIENTO DE INSUMOS

VARIABLE	EXISTENCIA INICIAL	RECIBIDOS	OTORGADOS	EXISTENCIA FINAL
CAJAS DE VARENICLINA. (ANOTE LOTE Y CADUCIDAD) CLAVE 0085 (05 Y .1 MG.)				
CAJAS DE VARENICLINA. (ANOTE LOTE Y CADUCIDAD) CLAVE 0086 (0.1 MG)				

7. TÉRMINO DE TRATAMIENTO

VARIABLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PERSONAS QUE CONCLUYERON CON ÉXITO EL TRATAMIENTO GRUPAL (DEJARON DE FUMAR AL TÉRMINO DE LAS 12 SESIONES)			
PERSONAS QUE CONCLUYERON CON ÉXITO EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL (DEJARON DE FUMAR AL TÉRMINO DE LAS 12 SESIONES)			
PERSONAS QUE DESERTARON EN EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO GRUPAL			
PERSONAS QUE DESERTARON EN EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO INDIVIDUAL			
PERSONAS QUE RECAYERON AL MES DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO GRUPAL			
PERSONAS QUE RECAYERON AL MES DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL			

8. SEGUIMIENTO

VARIABLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PERSONAS EN SEGUIMIENTO A LOS TRES MESES			
PERSONAS EN SEGUIMIENTO A LOS SEIS MESES			
PERSONAS EN SEGUIMIENTO A LOS DOCE MESES			
PERSONAS QUE RECAYERON A LOS DOCE MESES DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO GRUPAL			
PERSONAS QUE RECAYERON A LOS DOCE MESES DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL			

	FEM.	MASC	OBSERVACIONES		
TOTAL DE PARTICIPANTES QUE CONCLUYERON SUS 10 SESIONES					
TOTAL DE PARTICIPANTES QUE DEJARON DE FUMAR					
MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO					
CLUB DE EXFUMADORES	SI	NO	TOTAL DE PARTICIPANTES EN EL CLUB DE EXFUMADORES	FEM	MASC

9. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

VARIABLE	CANTIDAD PROGRAMADA	CANTIDAD REALIZADA	%
ENTREVISTAS EDUCATIVAS			
PLÁTICAS EDUCATIVAS			
ELABORACIÓN Y/O DISTRIBUCIÓN DE DÍPTICOS Y/O TRÍPTICOS			
ELABORACIÓN DE PERIÓDICOS MURALES			
CURSOS Y/O TALLERES IMPARTIDOS			
ACTIVIDADES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN (RADIO, PRENSA, TV., ETC.)			

10.- CENSO DE PACIENTES QUE PARTICIPARON EN TRATAMIENTO (TANTO INDIVIDUAL COMO GRUPAL)

NOMBRE	HOMBRE	MUJER	EDAD	EDAD DE INICIO DE CONSUMO	CALIFICACIÓN FAGERSTRÖM	TRATAMIENTO

10. CAPACITACIÓN AL PERSONAL

CAPACITACIÓN AL PERSONAL	SI	NO	TOTAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN PARTICIPACIÓN						
			MÉDICO GENERAL	MÉDICO ESPECIALISTA	PSICÓLOGO	ENFERMERA	TRABAJADOR SOCIAL	NUTRIÓLOGO	OTRO
CURSOS									
TALLERES									
SESIONES GENERALES									
REUNIÓN DE COORDINACIÓN									
SUPERVISIÓN DELEGACIONAL									

INVESTIGACIÓN

* ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN: SI () NO ()

TEMA: _____

DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS AVANCES:

ELABORÓ

VO. BO

 NOMBRE Y FIRMA

 NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN A LA SALUD

Clínica de Atención al Tabaquismo

CUESTIONARIO FAGERSTROM

Realice este cuestionario para determinar el nivel de dependencia hacia la nicotina y el mejor tratamiento que se le deberá prescribir.

1. ¿Qué tan pronto fuma usted su primer cigarrillo después de levantarse?

Antes de 5 minutos		3
De 6 a 30 minutos		2
De 31 a 60 minutos		1
Después de 60 minutos		0

2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido por ejemplo, en iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

Si		1
No		0

3. ¿Qué cigarrillo odiaría dejar más?

El primero de la mañana		1
Todos los demás		0

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

10 o menos		0
11 a 20		1
21 a 30		2
Más de 30		3

5. ¿Fuma usted con mayor frecuencia durante las primeras horas de la mañana después de despertar, que durante el resto del día?

Si		1
No		0

6. ¿Fuma usted aunque esté tan enfermo que tuvo que quedarse en casa la mayor parte del día?

Si		1
No		0

TOTAL:

NIVEL DE DEPENDENCIA: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

Fecha de inicio de tratamiento _____ fecha de seguimiento _____

Nombre completo: _____

Edad: _____ Sexo: Masc () Fem () Edad en que inició a fumar: _____