



Centros de Integración juvenil, A.C.
Especialidad para el tratamiento de las adicciones
8ª Generación
2011-2012
Artículo de revisión

Para concluir el programa Académico de la especialidad para el Tratamiento
de las Adicciones

**Tema: FACTORES DE RECAIDA EN EL ABANDONO DEL CONSUMO
DEL TABACO**

Alumna: SANDOVAL PEREZ SANDRA

Asesor: Dra. Luisa Piedad Manrique Carmona

Firma:

Ciudad de México 15 de Abril del 2013

RESUMEN

La recaída forma parte del proceso de dejar de fumar, hablar de recaída es hablar de que existe dependencia a una sustancia, en este caso a la nicotina, si no existe dependencia no puede haber recaída. Los estados emocionales negativos, los altos niveles de dependencia y el escaso grado de apoyo social son variables directamente relacionadas con este proceso. (1) El objetivo del presente trabajo es revisar y dar a conocer a la comunidad medica los principales factores de recaídas en el abandono del consumo del tabaco, con el fin de evitar recaídas constantes y poder promover estrategias de prevención de recaídas en los pacientes que se encuentran en tratamiento del abandono del consumo del tabaco

Palabras clave: recaída, factores, tabaquismo

INTRODUCCION

El tabaquismo es una enfermedad crónico-degenerativa, es la primera causa evitable de morbi-mortalidad a nivel mundial. (2) El consumo del tabaco se considera un trastorno adictivo crónico con elevada tendencia a las recaídas. (3) La nicotina es la sustancia responsable del desarrollo de la adicción y la dependencia.(15) Las consecuencias por la interrupción abrupta de la administración de la nicotina conlleva a una serie de signos y síntomas que se conoce como síndrome de abstinencia, la prevalencia, intensidad y tiempo de aparición de estos síntomas varían de una persona a otra y son una de las razones principales por las que un fumador recae.(4) Los cambios que se producen en el sistema de recompensa fomentan la sensación placentera en los circuitos de gratificación dando como resultado que sea difícil para el paciente mantenerse en abstinencia por un periodo prolongado, esto explica que los pacientes con problemas del estado de animo les sea mas difícil dejar el consumo y tengan recaídas mas constantes aun estando en tratamiento.

La nicotina actúa en el sistema nervioso central al unirse de manera específica (agonista selectivo) con receptores nicotínicos, que modulan en condiciones fisiológicas los efectos de un neurotransmisor cerebral: la acetilcolina.(13)La activación de estos receptores, localizados en su mayoría en los cuerpos celulares de las neuronas dopaminérgicas mesoestriadas, son los responsables de las propiedades de reforzador positivo que ejerce la nicotina,

pues se ha identificado que el aumento de la transmisión dopaminérgica mesencefálica (en especial del subsistema mesoaccumbens) es el principal sustrato biológico que mediatiza las propiedades gratificantes de la mayoría de las sustancias adictivas. Estas acciones acetilcolinérgicas se han asociado clásicamente con la facilitación de las funciones cognitivas que presenta la nicotina, como la memoria y la ejecución de trabajos complejos de atención. Estas funciones serían también moduladas al estimularse los receptores acetilcolínicos de las neuronas noradrenérgicas mesencefálicas, y se aumenta así la liberación de noradrenalina en áreas límbicas y corticales.(14)

Una vez iniciado el consumo regular de nicotina, si se suspende su aporte, existiría una hipofunción en los sistemas de neurotransmisión dopaminérgicos y noradrenérgicos debido a fenómenos de desensibilización de los receptores nicotínicos de la acetilcolina. Este estado hipofuncionante se relaciona estrechamente con la aparición de diferentes síntomas y signos del síndrome de abstinencia nicotínica, como los estados de ánimo disfóricos o depresivos, la irritabilidad, la ansiedad, el insomnio, la fatiga y las dificultades de concentración. (5)

Según la información procedente de la OMS, más del 60% de los jóvenes han probado el tabaco a la edad de 15 años y casi la tercera parte de todos ellos son fumadores activos antes de cumplir los 18 años. De este modo comenzar a fumar refuerza y facilita la incorporación al grupo; rechazar el cigarrillo supondría ser discriminado; fumar y ofrecer tabaco equivale a ser aceptado y también a reforzar las relaciones dentro del grupo.(7)

Sobre la base de estas consideraciones, la idea de que la conducta adictiva a la nicotina tiene más un sustrato neurobioquímico que psicológico.

Estudios recientes demuestran que el 75 al 80% de las personas que intentan dejar de fumar sufren recaída en los primeros 3 meses, y que al finalizar el tratamiento del tabaquismo se alcanzan porcentajes de cesación o abstinencia que no llegan al 50% y que estas cifras descienden a menos del 30% cuando se miden al año de finalizada la terapia. (6)

La organización Mundial de la Salud (OMS) señala que para el año 2020 el tabaquismo causara cerca de 10 millones de muertes relacionadas con el consumo. En cuanto al número mundial de fumadores alrededor de 1300

millones de personas consumen tabaco; casi 1000 millones de hombres y 250 millones de mujeres.(2)

La encuesta nacional de adicciones 2011 (ENA 2011) reporta una prevalencia de consumo activo del tabaco de 27.1% lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores, el 31.4% de hombres y el 12.6% de mujeres, el 8.9% de la población entre 12 y 65 años de edad reporto ser fumador diario, el 26.4% reportan ser ex fumadores, 20.1% fumadores ocasionales y el 51.9% de la población reporto nunca haber fumado. La ENA 2011 también reporta que el 58.4% de los fumadores han intentado dejar de fumar, la mayoría lo ha hecho súbitamente (57.2%) o disminuyendo gradualmente el número de cigarrillos (17.6%), el 14% dejó de comprar cigarrillos, 4.2% ha sustituido el fumar por otras actividades y el 2% se ha sometido a un tratamiento. En general el 79.6% ha escuchado hablar de medicamento para dejar de fumar. (8)

DEFINICIONES

DROGA: según la (OMS) la definió como toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones.

USO: consumo de drogas no desadaptativo

ABUSO: consumo problemático y desadaptativo sujeto a sanción social (34-16)

DEPENDENCIA: Trastorno conductual en el que está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia. (34-16)

CAIDA: Es un episodio de no más de una semana de duración en el que el sujeto fuma al menos una vez al día después de haber permanecido en abstinencia por 24 hrs. (34)

RECAIDA: La recaída se produce cuando el patrón de consumo descrito antes se mantiene durante más de 7 días consecutivos con un periodo de abstinencia de 24hrs. (15-16)

SINDROME DE ABSTINENCIA: conjunto de signos y síntomas ocasionados por la cesación abrupta de una sustancia adictiva (16)

CRAVING: deseo compulsivo de consumir una sustancia (16)

EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR

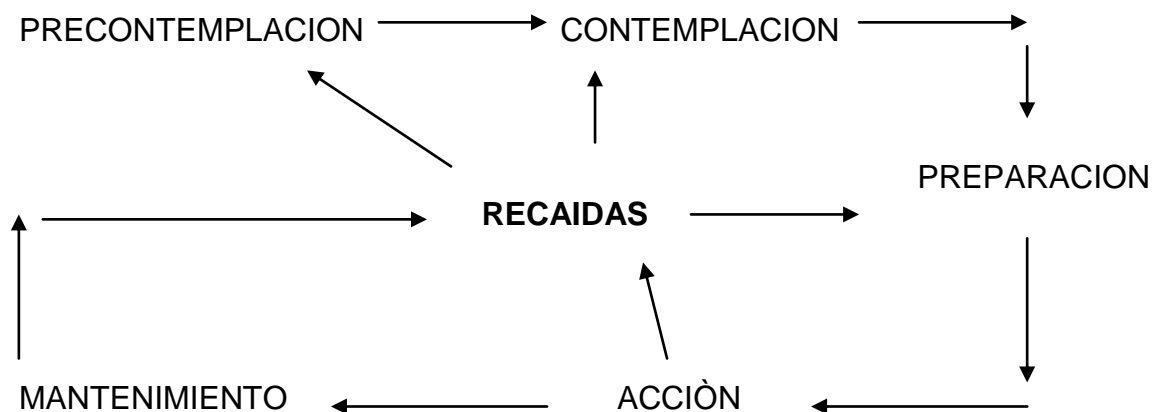
Para poder entender el proceso de las recaídas es importante conocer de primera instancia el proceso por el que transcurre un fumador para dejar de fumar. Este proceso consta de varias etapas, las personas no cambian su conducta bruscamente sino de modo escalonado y a lo largo del tiempo,

siendo de gran importancia el papel de los profesionales de la salud para facilitar el proceso del abandono del tabaco.

Actualmente se consideran cinco etapas de cambio descritas por Prochaska y DiClemente. (42)

- 1- Etapa de precontemplación: el paciente está de acuerdo con su conducta de fumador, no se plantea el momento del cambio, y no tiene intención de dejarlo en los próximos 6 meses.
- 2- Etapa de contemplación: en esta etapa se plantea el cambio de actitud en los próximos 6 meses.
- 3- Etapa de preparación en esta etapa se plantea modificar su conducta en los próximos 30 días
- 4- Etapa de acción: se plantea dejar de fumar modificación activa de hábito y de su entorno.
- 5- Etapa de mantenimiento: cuando superan 6 meses sin fumar pasan a la fase mantenimiento y mantenerse abstinentes durante más de un año son considerados como exfumadores.

Un suceso muy importante durante el abandono es la recaída. La recaída es un acontecimiento que ocurre al suspenderse la fase de acción o la de mantenimiento, al volver a fumar. En las conductas adictivas como lo es el fumar el patrón predominante de cambio es cíclico, tanto hacia adelante como hacia atrás en las diferentes etapas del proceso de abandono, apareciendo la recaída provocando un retorno hacia los estadios más precoces de precontemplación, contemplación y preparación (10)



MODELOS DEL PROCESO DE RECAIDA

Se han descrito tres modelos del proceso de recaída: acumulativo, episódico e interactivo. (1)

MODELO ACUMULATIVO

Propone que los cambios en la predisposición de la recaída (PR) se producen de forma continua. Concede especial relevancia a determinadas variables predisponentes que tendrían un impacto acumulativo. Por ejemplo la recaída puede ocurrir cuando los niveles de estrés superan un determinado umbral. En este modelo se basan los estudios que predicen la recaída a través de las variables de personalidad

MODELO EPISODICO: Considera la PR como estable hasta que un evento repentino precipita la recaída. El cese de la abstinencia puede ocurrir como consecuencia de que este evento haga que la PR supere un determinado umbral.

MODELO INTERACTIVO: Representa una combinación de los modelos anteriores. Como el modelo episódico admite que la recaída es precipitada por un evento agudo que lleva a la PR a superar un determinado umbral. A su vez admite cambios continuos en la PR como antecedentes fundamentales para que junto con los eventos puntuales se produzca la recaída. (1)

PROCESO DE RECAIDA

Muchos de los fumadores que intentan dejar el tabaco no lo logran en su primer intento, ya que los porcentajes de éxito de la mayoría de los programas de cesación tabáquica oscilan entre un 15 y un 45%, según el método utilizado y el nivel de dependencia. El fumador siempre está inmerso en un proceso, que pasa por etapas o periodos. (39) Un elevado porcentaje de fumadores requieren de varios intentos serios para conseguir dejar el tabaco, pero se sabe que en los sucesivos intentos de abandono las probabilidades de éxito son cada vez mayores, siempre que éstos se realicen con la seriedad necesaria. Por tanto, un fracaso no debe jamás desmoralizar al terapeuta ni significar la renuncia a nuevos intentos. Por tanto, el fracaso es una de las posibilidades que el terapeuta debe tener en cuenta al iniciar un tratamiento de cesación tabáquica. (11)

CAUSAS FRECUENTES DE RECAÍDA

La recaída forma parte del proceso de dejar de fumar en el cual intervienen múltiples factores que contribuyen a que se pueda dar este hecho y es que durante el proceso de abandono del tabaco, el craving y los síntomas de síndrome de abstinencia siguen siendo las principales causas de la recaída.(42). Las causas que pueden desencadenar una recaída son variadas. En su origen, una recaída puede tener diversas circunstancias: algunas relacionadas con el paciente, tales como estados emocionales negativos de la persona, un bajo nivel de motivación o baja adherencia al tratamiento; circunstancias poco favorables en su entorno, como las presiones sociales a fumar; la influencia de la industria tabacalera por promover el consumo del tabaco y otras relacionadas con el terapeuta, tales como no entender el proceso de la dependencia física y por lo tanto no dar un tratamiento adecuado para cada paciente.

FACTORES EMOCIONALES

Los estados emocionales y el tabaquismo tienen una alta prevalencia y comorbilidad. A nivel mundial mil millones de personas fuman tabaco, los trastornos del estado de ánimo varían aproximadamente desde el 0.8% al 9.6% en todo el mundo y los trastornos de ansiedad varían desde aproximadamente desde el 2.4% AL 18.2%(11) en todo el mundo por lo que es importante destacar que hay una fuerte asociación entre los trastornos emocionales y el fumar. (37). Los principales tipos de depresión que se relacionan son la distimia y la depresión mayor, en el caso de la ansiedad son trastornos de pánico, trastornos de ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica y trastorno de estrés postraumático. (12)

Los estados de ansiedad, estrés y depresión son los principales factores emocionales que interfiere con el con la recaída. Los síntomas de los trastornos de ansiedad son heterogéneos e involucran una amplia gama de problemas emocionales, sentimientos aprensivos, tensión e irritabilidad y físicos como palpitaciones falta de aliento y sudoración, los síntomas depresivos son también heterogéneos como la falta de interés y placer sentimientos de desesperanza y desamparo, cambios del apetito, trastornos del sueño y pérdida de energía. (35)

Debido a la correlación entre tabaquismo y depresión, implica mecanismos neurobioquímicos similares, por lo que se considera el tabaquismo una patología susceptible de ser tratada con fármacos antidepresivos. (40)

Muchos fumadores perciben que fumar un cigarrillo les produce una sensación de calma y disminuye su estrés, por lo que en situaciones ansiosas incrementan su consumo de tabaco. Sin embargo, algunos estudios reflejan que la ansiedad se reduce al dejar de fumar por lo que se ha sugerido que fumar sería crónicamente ansiogénico más que ansiolítico. (44) A pesar de todo, niveles altos de ansiedad producidos por la falta de nicotina en el organismo y la expectativa de que fumar ayuda a aliviar este efecto negativo, pueden actuar como precipitante de la recaída al dejar de fumar. (15)

La impulsividad se considera también un predictor de recaída en personas que desean abandonar el consumo del tabaco. La impulsividad es una característica personal que implica una búsqueda rápida de recompensa ante los estímulos ambientales, es una búsqueda de gratificación inmediata, la impulsividad y el consumo de sustancias está relacionado directamente con el deterioro cognitivo que se produce en la corteza prefrontal por lo que reaugmenta la impulsividad y la agresión, esto implica una dificultad en el control del comportamiento. (32) Por lo anterior se puede afirmar que la mayoría de las personas impulsivas tienden a ver el refuerzo inmediato sin pensar en las consecuencias tardías de sus actos dando lugar a que la impulsividad sea un gran predictor de recaídas en el abandono del consumo de tabaco ya que la conducta de fumar es reforzada de modo inmediato tanto positiva como negativamente. (33)

La utilización de estrategias de afrontamiento ante las situaciones de alto riesgo disminuye la probabilidad de que se produzca una recaída, las estrategias pueden ser cognitivas o conductuales, en las cognitivas la más frecuente es el pensar en las consecuencias positivas de no fumar y las negativas de seguir fumando, respecto a las conductuales se encuentra el consumir comida o bebida, escapar de la situación para evitar fumar. (1)

CRAVING Y SINDROME DE ABSTINENCIA.

El deseo compulsivo de fumar y el síndrome de abstinencia se asocian directamente con el proceso de recaída ya que como se menciona anteriormente los signos y síntomas que sufre el paciente cuando se encuentra en el periodo de abstinencia dependerán del grado de dependencia a la sustancia ya que entre mas elevada sea la dependencia mas probabilidad de que se presenten los síntomas del síndrome de abstinencia y el craving y por lo tanto sea mas alta la posibilidad de la recaída el abandono del consumo del tabaco. (37)De acuerdo al manual estadístico y diagnóstico de enfermedades psiquiátricas(DSM-IVTR) el síndrome de abstinencia incluye cuatro o mas de los siguientes síntomas: estados de animo disforico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud o impaciencia, aumento del apetito o aumento de peso.(16)Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínico significativo, deterioro laboral social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.(4)Durante el síndrome de abstinencia existe una baja repentina de dopamina en el núcleo acumbens y de noradrenalina en el núcleo cerúleo por lo que cuando actúa la nicotina a nivel de estos núcleos en el sistema nervioso central provoca la liberación de dopamina y noradrenalina lo cual conduce a la disminución del estrés y aumento de la capacidad de concentración, cuando activa al núcleo cerúleo produce liberación de noradrenalina y ello conlleva a que no aparezcan los síntomas del síndrome de abstinencia(17)

Por otra parte, recientes investigaciones han encontrado que los niveles de monoamina oxidasa B (MAO B) intracerebrales en los fumadores están más reducidos que en los no fumadores: MAO B es una enzima que destruye la dopamina y que no está influenciada por la nicotina(6). Se piensa que existen unas sustancias en el humo del cigarrillo distintas a la nicotina que inhibiendo a la MAO B contribuyen a aumentar la dopamina en el cerebro de los fumadores y a actuar sinérgicamente con la nicotina en la producción de la adicción. Por lo anterior se puede concluir que entre mas elevada sea la dependencia mayor será la probabilidad de presentar los síntomas del síndrome de abstinencia

provocando con esto que el paciente presente craving y recaída en la cesación del consumo del tabaco. (15,17).

FACTORES MOTIVACIONALES

Los aspectos motivacionales son fundamentales para que los fumadores se mantengan en abstinencia y que cuando el paciente se encuentra en la fase de recontemplación avance en el proceso de dejar de fumar. (10)

En estos factores es de gran importancia la empatía que tenga el paciente con el terapeuta y que este propicie una actitud activa del paciente dentro del proceso de dejar de fumar, primeramente concientizando al paciente de su enfermedad para que este pueda entenderla haciéndole ver los beneficios y las pérdidas de su conducta adictiva, mientras el paciente se encuentre motivado y decidido a dejar de fumar tendrá buenos predictores de éxito para lograrlo y tendrá que estar firmemente convencido para que para que el proceso del abandono sea exitoso.(49)

Es de gran trascendencia descubrir cuáles son las razones por las que el fumador quiere dejar de fumar e indagar cuál es su grado de motivación. Sin lugar a dudas, el fumador debe comprometerse en el proceso de abandono, pues si no está suficientemente motivado, existirán muchas posibilidades de que el tratamiento fracase. Se puede evaluar el grado de motivación interrogando al fumador sobre si quiere dejar de fumar y cuándo está dispuesto a hacerlo. También es muy útil conocer el historial previo de tentativas (número de intentos, tiempo que estuvo sin fumar, causas de recaídas, etc.). Aquel individuo dispuesto a dejar de fumar en un futuro próximo o bien aquel que lo ha intentado con anterioridad varias veces, está en principio motivado para dejar definitivamente el tabaco. (18)

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL ABANDONO DEL TABACO

El tabaquismo de los padres, así como sus actitudes frente al tabaco, se han asociado de manera constante al de los jóvenes. Los niños que crecen en hogares cuyos padres no fuman y desapruaban el consumo de tabaco tienen menos posibilidades de convertirse en fumadores habituales (49).

También se considera que la permisividad de los padres es más importante que su conducta y que el tabaquismo de los hermanos mayores ejerce una gran influencia en ellos. Por lo tanto el papel que ejerce al familia de un fumador es de gran importancia ya que las personas mas cercanas a el deben

impulsar al paciente a que luche contra su adicción dando apoyo y confianza de igual manera la familia debe ser paciente y en el proceso del abandono del tabaco ayudar al fumador cuando este tenga caídas y recaídas animándolo a que no pierda interés ni constancia en su tratamiento, de esta manera se lograra evitar constantes recaídas. (15)

LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Son múltiples los factores que influyen en la eficacia de un tratamiento, que van desde el tipo de trastorno, las características del paciente, las habilidades del terapeuta y que el paciente no este dispuesto a seguir un tratamiento ya que la adherencia a los tratamientos implican un cambios en los hábitos de vida que muchas veces son difíciles de modificar ya que primero el paciente debe aceptar que tiene un problema para poder afrontar adecuadamente el mismo y llevar un tratamiento adecuado.(6) Diversas conductas de los pacientes son realizadas en la falta de adherencia al tratamiento: retrasos para comenzar el tratamiento, suspensión prematura del mismo, falta de asistencia a consultas, experimentar resistencia a los cambios de hábitos y estilo de vida, modificaciones de dosis, olvidar tomar el medicamento o simplemente no tener empatía con el terapeuta, por lo anterior mencionado estos factores predisponen a la recaída de en abandono del consumo del tabaco. La falta de adherencia no siempre debe ser contemplada como algo negativo, en ocasiones puede ser el ultimo o único mecanismo de defensa que el paciente tiene frente a consecuencias imprevistas de los tratamientos o frente a indicaciones inadecuadamente recibidas, ya que no siempre son transmitidas o recibidas de acuerdo a su importancia por lo que el paciente asume algunas instrucciones y prescinda de otras que son potencialmente importantes. (19)

El tratamiento farmacológico y las terapias se recomienda que sean a la par para poder tener un porcentaje de existo adecuado, también esta demostrado que el tratamiento en forma grupal tiene un buen resultado ya que proporcionar a los pacientes la oportunidad de compartir sus experiencias y problemas con otros en su misma situación, lo cual genera unos factores terapéuticos propios que facilitan los procesos de cambio, a saber: sensación de universalidad, altruismo, catarsis, cohesión, socialización de las experiencias, imitación y aprendizaje, siendo posible que ello lleve a mayores tasas de abandono que los métodos individuales «cara a cara».Habitualmente, para el terapeuta el

tratamiento individual es más monótono y repetitivo y las recaídas pueden minar su motivación.

El tratamiento en grupo, focalizado en aquellos pacientes que siguen sin fumar, puede ayudar a mantener este interés y entusiasmo, tan necesario en este delicado cometido. Pero su gran ventaja es su coste-efectividad: a igual cantidad de tiempo y de recursos humanos empleados, el número de pacientes que recibe tratamiento es mucho mayor que si el enfoque fuera individual.(51) aunque también influye el grado de dependencia que tenga el paciente ya que muchas veces solo necesitan las terapias, o a veces con pura terapia de reemplazo es suficiente por ejemplo con tratamiento sustitutivo con nicotina como los chicles de nicotina que contienen de 2 a 4 mg de esta, de esta manera se estimulan los receptores nicotínicos evitando que el paciente que se encuentra en el proceso de dejar de fumar tenga síndrome de abstinencia y pueda presentar una recaída.(20)

En la última revisión Cochrane se muestra que la *odds ratio* (OR) para la abstinencia utilizando chicles de nicotina es de 1,66 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,52-1,81) y se recoge con un grado de evidencia A. Hay también pruebas suficientes para recomendar los chicles de 4 mg de nicotina, frente a los de 2 mg, en fumadores con alta dependencia física; la OR es en este caso de 2,20 (IC del 95%, 1,85-3,25) y el nivel de evidencia A. (21). Por lo anterior se muestra que la terapia sustitutiva es válida sin embargo existen tratamientos farmacológicos que también ayudan al paciente en el proceso de dejar de fumar como el bupropion y la vareniclina que aunque no son sustitutivos de la nicotina han tenido éxito ya que también se ha demostrado que evitan el síndrome de abstinencia en el caso del bupropion se sabe que actúa en el núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina; este efecto explicaría la reducción del *craving* que los fumadores experimentan cuando lo utilizan. También inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina en el núcleo cerúleo, con lo que consigue una reducción significativa de la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina (22)

La vareniclina es un fármaco específicamente desarrollado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Actúa como agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. (50)Al ser agonista parcial cumple características de los

agonistas y de los antagonistas.(47) Por ser un agonista tiene la capacidad de estimular el receptor nicotínico y por ello es capaz de controlar el *craving* y el síndrome de abstinencia, pero como antagonista es capaz de bloquear los efectos que la nicotina produce sobre el receptor; por ello su utilización cuando se está dejando de fumar facilita que las recaídas no se acompañen de sensación placentera y recompensa, y por ello este fármaco ayuda a evitar que una recaída se convierta en fracaso. (23) Con lo anterior se puede ver que la falta de adherencia al tratamiento depende muchos factores y que los tratamientos deben ser adaptados a cada paciente para que puedan tener éxito y reducir las recaídas en el proceso de dejar de fumar.(43)

LA INDUSTRIA TABACALERA

La publicidad y la promoción del tabaco son factores que influyen en gran medida en el paciente que quiere dejar de fumar. La publicidad no sólo promociona los distintos productos derivados del tabaco, sino también la práctica de consumirlos. (10)

La accesibilidad a los productos derivados del tabaco es un factor ambiental nada despreciable que influye en la iniciación en el tabaquismo, especialmente durante la adolescencia. A pesar de que en muchos países existe una legislación que prohíbe la venta de tabaco a menores de edad, ésta se sigue produciendo ya sea directamente o a través de un acceso fácil al mismo, como por ejemplo, las máquinas expendedoras automáticas. Además, ciertas problemáticas como la venta de cigarrillos sueltos en el entorno escolar o la aparición de marcas que ofrecen paquetes de 10 unidades de cigarrillos, cuyo precio resulta accesible para los y las jóvenes, son difíciles de controlar.(31) El incremento de los precios de cigarrillos no sólo previene el inicio del tabaquismo y favorece la cesación por parte de aquellas personas que fuman, sino que también tiene un efecto beneficioso en la reducción de las recaídas en aquellas personas que han dejado de fumar.

Se ha estimado que el aumento del 1% del precio tabaco supone una reducción en un 0,5% del consumo sin embargo el tabaco es una sustancia legal fácil de adquirir y a pesar de que su consumo conlleva a varias enfermedades cada vez aumenta mas el numero de usuarios y sobre todo en población joven(28)

Mediante el empleo de imágenes fascinantes, la industria tabaquera asocia el lujo, la aventura, el deporte, la libertad, la independencia, control del peso, el éxito social y profesional, con fumar. A causa de su bajo precio se tiene una gran disponibilidad del tabaco. (24)

Entre sus numerosas estrategias, la industria ha participado en estudios sobre el inicio del consumo del tabaco en los jóvenes, difundiendo el mensaje de que fumar responde a un “comportamiento adulto”, lo que hace en la opinión de algunos autores que refuerce e incite aún más la intención de los jóvenes por fumar. Por otro lado existe una gran accesibilidad para conseguir cigarrillos a pesar de que existe una gran legislación y disposiciones legales que limitan la venta del tabaco a menores de edad. (25)

El contrabando de tabaco, al reducir los precios, elimina uno de los principales incentivos para no fumar, especialmente entre los jóvenes y los grupos de menos ingreso que tienden a ser más sensibles al precio. (26)

El contrabando incrementa la demanda de tabaco y permite burlar las normas asociadas con la venta de cigarrillos tales como advertencias sobre el riesgo de fumar. También permite evadir restricciones como la prohibición de la venta a menores, lo que incentiva a los comerciantes legítimos a hacer lo mismo. (27) la industria tabaquera hace promoción de los productos del tabaco, aun cuando la promoción y la publicidad directa estén prohibidas. En efecto, la industria tabaquera analiza las razones por las cuales se fuma, observa las diferencias en grupos de edad para después representarlas gráficamente en la iconografía de las revistas. Los resultados de estas intervenciones han sido beneficiosos para la industria tabaquera y han mostrado la vulnerabilidad de los jóvenes a la publicidad de promoción del tabaco. (29)

Debido a que existe una gran influencia de la industria tabacalera en el abandono del consumo del tabaco es actualmente muy difícil pero no imposible que se tomen medidas y estrategias que realmente se cumplan para disminuir el consumo del tabaco y es que a pesar de que existe ya una gran normatividad y el convenio marco para restringir el consumo de este enemigo silencioso que es el tabaco no se cumplen adecuadamente y es que la industria tabacalera es un gran monopolio que tiene muchos intereses de por medio, sin

embargo creo que si se sigue luchando contra las adicciones algún día también se lograra que realmente se tome conciencia de esta adicción para poder tratar y controlar su consumo y las recaídas del tabaquismo.(45)

EL GÉNERO Y EL ESTATUS SOCIOECONOMICO

El factor del genero en el abandono del consumo del tabaco y las recaídas es de gran importancia ya que se ha encontrado que existe mayor dificultad para la mujer abandonar el consumo del tabaco porque esta muy relacionado con los estados los trastornos del estado de animo ya que es mas frecuente que la depresión se presente mas en mujeres que en hombres dando como consecuencia que las mujeres adictas al tabaco les sea mas fácil recaer en un numero mayor de veces que los hombres cuando se encuentra aunado un trastorno del estado de animo.(41)

La mujer se inicia en el consumo de tabaco más tarde que el hombre, condicionado por factores socioculturales relacionados con su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos. Esta influencia que tiene (y ha tenido) el contexto sociocultural justifica la marcada diferencia que existe en la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres de países en desarrollo (9%) y las de países desarrollados (15-22%), en alguno de los cuales es superior a la de los varones. (29)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres de todo el mundo será de 20% en el año 2025, en contraste con el 12% actual. (30)El tabaquismo femenino está reduciéndose en países como Reino Unido, Estados Unidos, Australia y Canadá, mientras que en algunos países del este y sur de Europa la prevalencia es estable o sigue aumentando. (31)

Por otro lado la relación que existe entre el tabaquismo y el nivel socioeconómico es que de acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS) las familias de escasos recursos ocupan hasta el 10% de su gasto familiar para adquirir tabaco por lo que disponen de menos recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud por lo que debido a esto les es mas difícil tratarse de esta adicción y será mayor el numero de recaídas.

EL ENTORNO SOCIAL

Existen diferentes investigaciones sobre el papel del apoyo social en el abandono del consumo de tabaco, en el mantenimiento de la abstinencia y en la recaída.(48)

La presencia o no de fumadores en el ambiente más inmediato: pareja fumadora, existencia de otros fumadores en la casa y/o en la red social inmediata a la persona es una variable que ha demostrado su validez como predictor de recaída. La importancia del apoyo social ha sido contemplada también a la hora de diseñar tratamientos para dejar de fumar. Al incluir en los programas de tratamiento grupos de apoyo con los que tener un contacto regular los porcentajes de abstinencia mejoran. Se ha observado que es más factible dejar de fumar y permanecer abstinentes si el fumador cuenta con una buena red de soporte social general.(49)

El tener una mayor red de apoyo social puede contribuir a crear un ambiente más manejable en general, disminuyendo los niveles de estrés y de forma indirecta la probabilidad de volver a fumar. (51)

Por último, y en un sentido más amplio, a nivel institucional, comunitario y en los lugares de trabajo se pueden crear estrategias que ayuden a las personas a dejar de fumar y a permanecer abstinentes. La regulación del uso del tabaco en espacios públicos y de manera prioritaria en el ambiente laboral puede contribuir a que el exfumador perciba un ambiente favorecedor.(3)

EL AUMENTO DE PESO EN EL ABANDONO DEL CONSUMO DEL TABACO

Cuando se deja de fumar se produce un aumento de peso que oscila entre 2 a 6 Kg al año de abstinencia. (1) Esta ganancia de peso es uno de los argumentos mas firmes en contra del abandono del tabaco y causa de recaídas especialmente en mujeres.

Debido a esto este factor esta muy asociado en cuanto al género y el abandono del consumo del tabaco ya que como se mencionaba anteriormente las mujeres son a las que más les cuesta dejar el tabaco, tanto por los problemas del estado de ánimo como el aumento de peso.

Se a sugerido que el abandono del tabaco induce una mayor apetencia por los alimentos, en particular por los hidratados de carbono refinados y que la nicotina incrementa el metabolismo basal y el consumo de energía a través de la liberación de noradrenalina y del estímulo adrenérgico. Los fumadores tienen

un incremento de la actividad de la lipasa tisular esta es una proteína que se encuentra en el tejido adiposo y facilita el depósito de grasas en este tejido, al dejar de fumar la tasa de actividad de esta proteína tarda varias semanas en disminuir al nivel de los no fumadores que es el tiempo durante el cual se produce la ganancia de peso. (34)

Durante el abandono del consumo del tabaco el paciente tiende a suplir el fumar por otras actividades como el comer o tomar café, generalmente tienden a comer para evitar la sensación de tener algo en la boca. Por lo tanto el fumador que quiere dejar de serlo debe estar enterado de la ganancia del peso y que debe poner en marcha estrategias para evitar un aumento de peso excesivo como el realizar ejercicio y cuidar su alimentación. Por lo anterior es muy importante hacer saber todo esto al paciente que se encuentra en el abandono del consumo del tabaco para evitar que este factor sea una causa más de recaídas y pueda ser exitoso su tratamiento para dejar esta adicción.(38)

COCLUSIONES

El tabaquismo es una enfermedad crónica y recurrente con características epidemiológicas de pandemia.

Hoy contamos con una variedad de opciones farmacológicas para ofrecerles a nuestros pacientes; hay evidencia de que el tratamiento no farmacológico más efectivo es el representado por la terapia cognitivo conductual, que podría resultar un aporte importante a la problemática del proceso de cesación y a la recaída, en particular, promoviendo emociones positivas autoconscientes.

Como se menciono anteriormente la recaída forma parte del abandono del consumo del tabaco y no necesariamente es el fracaso de un tratamiento, por lo anterior se puede ver que existen múltiples factores que propician la recaída y que afectan de forma directa o indirecta al paciente que se encuentra en este proceso. Por lo que es importante tener en cuenta la relación médico –paciente debe estar fortalecida para poder orientar y dar las herramientas necesarias para que el paciente este preparado ante un proceso adictivo y pueda encontrar el camino para evitar las recaídas y tenga un equilibrio bio-psico-social.

DE QUE MANERA CONTRIBUYE ESTE TRABAJO AL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES

En este contexto y conociendo la evolución natural del tabaquismo como enfermedad crónica y recidivante, urge la necesidad de hallar alternativas que mejoren los porcentajes de cesación prolongada. Por ejemplo: nuevos desarrollos farmacológicos, mejor aprovechamiento de recursos ya existentes y el aporte de disciplinas con intervenciones no farmacológicas superadoras de los actuales resultados.

Y que se de a conocer a la comunidad medica los principales factores de recaída en el abandono del consumo del tabaco con la finalidad de buscar nuevas estrategias para combatir esta adicción, concientizando a la población de este problema y es que existen factores muy difíciles de combatir como lo es la influencia de la industria tabacalera ya que aunque existan nuevos fármacos y nuevas terapias creo que la industria maneja grandes intereses, por lo que con mas intensidad se debe trabajar y concientizar también al personal medico para poder seguir manteniendo la lucha en contra de las adicciones.

AGRADACEMIENTOS.

Agradezco a: la Dra. Luisa Piedad Manrique Carmona por su apoyo constante y su comprensión para que llevara acabo este trabajo es, porque siempre nos dio animo y entusiasmo para realizarlo, que Dios la bendiga siempre.

REFERENCIAS

1. Quezada, M, Carreras, J.M; Sánchez, L Recaída en el abandono del consumo del tabaco. *Adicciones* 2002;14(1):65-78.
2. Kuri- Morales Pablo A. González Roldan Jesús F. Cortes Ramírez Mario. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica, Mex.* 2006; 1(48): 591-599.
3. Marqueta Adriana. Jiménez Mauro Adriana, Belmonte Asunción, Gargallo Pilar. Nerón Isabel. Evolution of anxiety during the smoking cessation process at a smoking cessation clinic. *Adicciones* 2010; 22(4):317-324
4. Lara Rivas G, Ramírez-Venegas A. Espinosa Ana Marlene; regalado Pineda Justino. Indicadores de síntomas de abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos. *Salud Pública Méx.* 2007;49(2) Disponible <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s2/a16v49s2.pdf>
5. Baile, A. M., Franco, A. J. M., San Agustín, A. B., Valero, P. G., & de la Puerta, I. N. Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 2010; 22(4): 317-324.
6. Lambli Maria L. Estevest Elba. Blanco Maria L. Dra, Parodi Carolina. Goja Beatriz. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo, revista medica de Uruguay 2008 24(2) Disponible http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952008000200003
7. Flores Mateo, G., Morchón Ramos, S., Masuet Aumatell, C., Carrillo Santisteve, P., Manchón Walsh, P., & Ramon Torrell, J. M. Edad de inicio en el consumo del tabaco como predictor de la deshabituación tabáquica. *Atención primaria*, 2005; 35(9): 466-471. Disponible <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705704029>
8. Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Bautista, C. F., López, M. M., Robles, N. O., Gamiño, M. B., ... & Estrada-Camarena, E. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 6. Disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam126a.pdf>
9. Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*.2005;34(4):351-365.Disponible <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/SISVEA%202009/INFORMES/Informe%20SISVEA2009%20NACIONAL.pdf>. [Links]. ...
10. Solano Reina S. Garcia Tenorio A. de Granda Orive J.I. Iniciación y mantenimiento del habito del tabaco. El paciente que va a dejar de fumar. Manual de prevencion y tratamiento del tabaquismo capitulo III 1999. Disponible <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/solano2.pdf>
11. Ameringer Katherine J. Leventhal Adam M. Applying the tripartite model of anxiety and depression to cigarette smoking: An integrative review. *Nicotine&Tobacco research* 2010;12(12):1183-1194, Oxford Journals. Disponible, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2991624>.
12. Minami Haruka. Mc. Carthy. Jorenby Douglas. Baker Timothy An Ecological Momenatry Assesment Análisis of relation among doping, affects, and

- smoking during a quiet A ttempt. *Addiction* 2011;106(3):641-650. Disponible. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3059763>.
13. Philip, N. S., Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., & Price, L. H. Nicotinic acetylcholine receptors and depression: a review of the preclinical and clinical literature. *Psychopharmacology*, 2010;212(1):1-12. Disponible <http://link.springer.com/article/10.1007/s00213-010-1932-6>
 14. Lauro, I. S., Carreras, J. M., Lores, L., Quesada, M., Coll, F., & Agudo, L. S. Deshabitación tabáquica y bupropión: la ansiedad y la depresión como índices de eficacia terapéutica. *Arch Bronconeumol*.2002;38(8):351-5. Disponible.http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=13035539
 15. Otero, M., & Ayesta, F. JEI tabaquismo como trastorno adictivo. *Trastornos adictivos*.2004;6(2):78-88 <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/182/182v06n02a13059449pdf001.pdf>.
 16. Masson. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales(DSM-IV TR) Trastornos relacionados con sustancias.1994.
 17. J.A. Micó¹, M.R. Moreno Brea², A. Roca Vinardell¹, M.O. Rojas Corrales¹, A. Ortega Alvaro¹ Neurobiología de la adicción a la nicotina .Prevención del Tabaquismo 2000;2(2):101-105 Disponible <http://www.documentacion.edex.es/docs/1107AREpre1.pdf#page=31>
 18. Hajek P, Otead LF, WestR, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention for smoking cessation.2009;21(1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160228>
 19. Salvador Manzano M. Ayesta FJ. Therapeutic adherente in somoking therapy, 2009 18(3) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000300004&script=sci_arttext&tlng=pt
 20. Jiménez Ruiz, C. A., Riesco Miranda, J. A., Ramos Pinedo, A., Barrueco Ferrero, M., Solano Reina, S., de Granda Orive, & Fagerström, K. O. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación.2008;44(4) Disponible en <http://www.archbronconeumol.org>
 21. Silagi C, Lancaster T, Otead, L Mant. Nicotina replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3) Disponible <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub2/abstract;jsessionid=95A644D3>
 22. Lerman, C., Shields, P. G., Wileyto, E. P., Audrain, J., Hawk Jr, L. H., Pinto, A., ... & Epstein, L. H. Effects of dopamine transporter and receptor polymorphisms on smoking cessation in a bupropion clinical trial. *Health Psychology*,2003; 22(5):541. Disponible <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0278-6133.22.5.541>
 23. Zierler-Brown Kyle JA. Oral varenicline for smoking cessation 2007 41:95 Disponible <http://www.theannals.com/content/41/1/95.short>
 24. J.P. Pierce/ M. García/ E. Saltó/ A. Schiaffino/ E. Fernández University of California. San Diego, EE.UU. La publicidad del tabaco, ¿incrementa el hábito de fumar entrlos adolescentes? Datos desde California 2002 Disponible <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v16nSupl.2a13042667pdf001.pdf>

25. Villalbí, J. R. (De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. *Gaceta Sanitaria*, 2006;20(1):1-3. Disponible http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112006000100001&script=sci_arttext
26. B. Alonso de la Iglesia H. Ortiz Marrón E. Saltó Cerezuela J. Toledo Pallarés Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. *Estrategias de prevención y control* 8 (1) 2006 Disponible <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/alonso.pdf>
27. Meneses F.-González, MD, MSc, Márquez-Serrano M., MSc, Sepúlveda J., Hernández-Avila M. La industria tabacalera en México. 44(1) 2002 Disponible <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v44s1/a21v44s1.pdf>
28. Valdés-Salgado R, M en C, James Thrasher, Sánchez-Zamorano L., Dra. Lazcano-Ponce E., Dr en C Luz Myriam Reynales-Shigematsu, Dr en C, Fernando Meneses-González, Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. *Salud publica* 2006 48(1) <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s1/a03v48s1.pdf>
29. Nern Isabel. Jan Mireia. Políticas de género de ámbito global en el control y prevención del tabaquismo *salud publica México* 2010;52(2) Disponible <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v52s2/a28v52s2.pdf>
30. González-Roldán, J. F. Abogacía para el control del tabaco en México: retos y recomendaciones. *Salud pública de México*. 2008; 50:391-400. Disponible. http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000900017&script=sci_arttext
31. Salvador-Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones* 2004; 16:25. Disponible. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/facd/drogodependencia/monografia/monografia_tabaco.pdf#page=26
32. Perea Baena, J. M., & Oña Compan, S. Impulsividad como predictor de recaída en el abandono del tabaco. 2011; 27(1). Disponible <http://hdl.handle.net/10201/26434>
33. Doran N. Spring B. and Choen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. 32. 90-98 2007. Disponible <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460306000931>
34. Lorenzo Pedro. Landero Quesada J. *Drogodependencias* 3ra edición. Buenos aires Bogota. Edt. Panamericana 2009 cap 35 545-552.35. JMP Baena, SO Compán, MOT Alarcón. Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. 2009; 21(1):39-44 Disponible <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2865434>
36. Muñoz García, M. A., Sanjuan, R., Fernández Santaella, M. D. C., Vila, J., & Montoya Jiménez, P. J. Aspectos neuropsicologicos del craving por la nicotina. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 2001;23(2):111-123. Disponible <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3663494>
37. O Connelle. Shifman Saul. De Carlo Lawrence. Does extinction of responses to cigarette cues occur during somoking cessation. *Adicción*. 2011;106 (2):410-417. Disponible <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360->

0443.2010.03172.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false

38. White Marney Paters Erica Toll Benjamin. Effect of binge eating on treatment outcomes for smoking cessation. *Nicotine and Tobacco Research* 2010;12(11):1172-1175. Disponible

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199103143241106>

39. Myers Mark Gwaltney Chad. Strong David. Ramsey Susan. Adolescent Firrst Lapse Following smoking cessation, NIH public Access 2011;36(12):1253-1260. Disponible

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460311002656>

40. Mineur Yann. Picciotto Marina. Nicotina receptors and depresión: revisiting and revising the cholinergic hypothesis. NIH public access. 2010;31(12): 580-586. <http://www.doi:10.1016/j.tips.20010.09.004>.

41. Reitzel. Lorraine. Businelle Michael. Cao Yumei. Subjective social status predicts long- term somoking abstinence. *Biomed Central* 2011. Disponible <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/135>

42. Hernández Mezquita M. Márquez Francisca. Hidalgo Sierra V.

Fernnadez Zapata G. Estrategias para la prevención de recaídas. Pfizer 2009.p. 267-287

43. Barrueco M. Palomo L. Jiménez Ruiz C. Relación entre la abstinencia puntual a los quince días y el abandono del tabaco a los seis meses. 2006;8(2):61-69. Disponible

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/barrueco.pdf>

44. Leventhal Adam Zvolensky Michael. Smoking-Related correlatos of depressive symptom dimensions in treatment-seeking smokers. 2011;13(18):668-676. Disponible

<http://ntr.oxfordjournals.org/content/13/8/668.short>

45. Sanz Pozo, F. Camarelles Guillem, J. de Miguel Díez. Manejo de las recaídas en la deshabitacion tabaquica 2006;206(3):150-152. Disponible

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256506727473?via=sd>

46. Espinosa Brito A. Espinosa Roca A.- Tabaquismo *Revista Finlay*, 2010

47. Solano Reina S. Vaquero P. Solano García R. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation. 2012 15(1) 4-8 Disponible, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1576989512701327>

48. Gutiérrez Fernández AM., Suárez de Lis C. Deshabitación al tabaquismo 2010. Disponible <http://hdl.handle.net/2183/7141>

49. Julieta J. Cassone¹, Fernando W. Müller. Aportes de la Psicología Positiva a lostratamientos de Cesación Tabáquica. *Prevención de Recaídas*. 2011;13(2):70-81 Disponible

<http://www.fundacionforo.com.ar/pdfs/psicopositiva.pdf>

50. J.I. de Granda Orive, V. López García-Aranda¹, F. Camarelles Guillem Tratamientos actuales del tabaquismo: revisión. *Necesidadesde nuevas vías de abordaje*. 2006;8(1):11-22. Disponible

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/DeGranda2.pdf>

51. Olano E., Veigac S. A. Estebana, Otero M. El tratamiento grupal del tabaquismo. 2007;9(1):14-20. Disponible

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157509730775626X>