

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE
AGUASCALIENTES.**

HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO.

**“METODO TERAPEUTICO MAS USADO POR EL
PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL
GENERAL TERCER MILENIO PARA ABANDONO DEL
HABITO TABAQUICO”.**

TESIS

PARA OBTENER TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA DEL ADULTO

PRESENTA:

DRA. HILDA JUDITH PEREZ SALAZAR

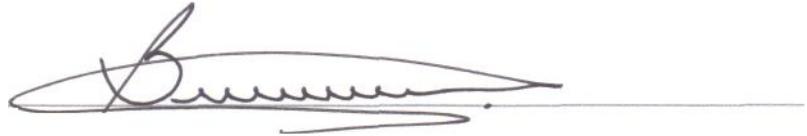
PROFESOR TITULAR: DR. JUAN ANTONIO VIDALES OLIVO

ASESOR: DR. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA

AGUASCALIENTES.

2009

"MÉTODO TERAPÉUTICO MAS USADO POR EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL
TERCER MILENIO PARA ABANDONO DEL HABITO TABAQUICO".



/T)ra. Blanca de la Rosa /

Jefa de Enseñanza.



Dr. Juan Antonio Vidales Olivo Dr. Titular de la
Especialidad de Medicina Integrada



Dr. Francisco Serna Vela

Investigador en Ciencias Medicas

Maestro Asesor Metodológico.

Dra. Blanca de la Rosa Hernández

Jefa de Enseñanza.

Dr. Juan Antonio Vidales Olivo

Dr. Titular de la Especialidad de Medicina Integrada

Dr. Francisco Javier Serna Vela

Investigador en Ciencias Medicas

Maestro Asesor Metodológico.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS por darme el don de la ciencia, darme la vocación de la medicina que como una estrella siempre me guía en el camino y por darme la fuerza para sobreponerme a los momentos difíciles. Pero sobre todo por permitirme concluir esta etapa de mi vida.

A MIS PADRES quienes a pesar de encontrarse tan lejos de mí, siempre pude sentir su compañía, recordando en todo momento sus consejos y enseñanzas. De quienes he aprendido lo importante de las cosas y se han convertido en todo momento en los mejores guías de mi vida.

A MIS HERMANOS quienes me han apoyado en la medida de sus posibilidades y con quienes he compartido los mejores momentos de mi vida. Siempre están en mi pensamiento.

POR MIS MEJORES AMIGOS: Ana, Castorena, Jorge, Alex, Claudia, Magui, Norma, Rocío Ortiz y la lista de personas con quienes he tenido la oportunidad de entablar una hermosa amistad, continuaría por varios minutos más.... Quienes han compartido parte de su vida, y a pesar de las dificultades siempre me han brindado su apoyo incondicional para seguir adelante. GRACIAS!!!!!!!!

AL DOCTOR SERNA quien ha tenido una paciencia enorme para conmigo, gracias por su esfuerzo y dedicación, que a pesar de que la mayor parte del tiempo se encontraba por demás ocupado, siempre se dio un espacio para apoyarme en este proyecto. Gracias por creer en mí tal vez primero y más de lo que yo misma creía. Muchas gracias doctor por todo el apoyo y por permitirme ver en usted más que un maestro a un gran amigo.

A MARY VENTURA a quien considero sobre todo una gran amiga. Gracias por enseñarme a ver lo mejor de la vida en cada momento. Y por toda esa paciencia y apoyo que me has dado.

A MIS MAESTROS en quienes más que maestros veo a grandes amigos: Dr. Flores Parkman, Dr. Alvizo, Dr. Topete, Dr. Tapia, Dr. Jiménez, Dra. González, Dra. Gaona, etc., quienes además de ayudarme en esta etapa de mi vida me han ofrecido su apoyo cada vez que he tenido algún tipo de dificultad. Gracias por ser como son, por que no nada más cumplen su papel de guías, sino que permiten que la calidad humana que tienen, salga a flote para dar esa palabra de aliento y entusiasmo, por saber escuchar, y por estar ahí cuando más se les necesitaba. **MIL GRACIAS**

MUCHAS GRACIAS A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE ME DIERON LA OPORTUNIDAD DE CONOCERLOS Y POR QUE CON SU OPTIMISMO Y DEDICACIÓN INYECTAN UN TOQUE ESPECIAL AL TRABAJO DIARIO, EN ESPECIAL A LAS ENFERMERAS DEL HGTM.

TAMBIÉN AGRADEZCO ENCARECIDAMENTE AL APOYO BRINDADO POR AGUA CLARA Y EN ESPECIAL A BLAS QUIEN DE FORMA INCONDICIONAL ANALIZÓ DE FORMA CONJUNTA CON RAMIRO EL COORDINADOR OPERATIVO DEL CENTRO ESTATAL CONTRA LAS ADICCIONES, EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA APLICAR EN EL PROCESO DE OBTENCIÓN DE DATOS.

Hilda Judith Pérez Salazar

ÍNDICE

	Página
Contraportada.....	i
Asesores.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice.....	v
Título.....	1
Resumen.....	3
Introducción.....	5
I MARCO CONCEPTUAL	
1.1 Definición.....	7
1.2 Epidemiología.....	7
1.3 Efectos del tabaquismo pasivo.....	12
1.4 Efectos del tabaquismo a corto plazo.....	14
1.5 Efectos del tabaquismo a largo plazo.....	14
1.6 Etapas en la adquisición de la adicción.....	16
1.7 Mecanismos de dependencia al tabaco.....	17
1.8 Mecanismo de acción de la nicotina.....	19
1.8.1 Efectos de la nicotina sobre la conducta.....	20
1.8.2 Tolerancia y abstinencia.....	20
1.9 Tabaquismo, estrés y depresión.....	22
1.10 Heredabilidad de la dependencia al tabaco.....	23
1.11 Programas de deshabituación tabáquica.....	25
1.12 Intervención Psicosocial.....	26
1.12.1 Terapia Motivacional.....	27
1.12.2 Terapia Psicológica.....	27
1.12.3 Técnica del aquí y el ahora.....	27

1.12.4	La Hipnosis Ericksoniana.....	27
1.13	Tipos de psicoterapia/intervenciones conductuales.....	28
1.13.1	Técnica cognitivo-conductual.....	28
1.14	Prevención de Recaídas.....	29
1.15	Modalidades de las Terapias Psicológicas.....	29
1.15.1	Terapia de Grupo	29
1.15.2	Terapia individual.....	29
1.15.3	Terapia Familiar.....	30
1.16	Terapia Farmacológica.....	30
1.16.1	Parches de Nicotina	31
1.16.2	Inhalador Bucal de Nicotina.....	33
1.16.3	Chicles y/o Comprimidos de Nicotina	33
1.16.4	Antidepresivos.....	35
1.16.5	Vareniclina.....	36
1.16.6	Otros Fármacos.....	38
1.16.6.1	Vacunas e inmunomoduladores.....	38
1.16.6.2	Ansiolíticos.....	38
1.16.6.3	Clonidina.....	38
1.16.7	Otros Tratamientos.....	38
1.16.7.1	Acupuntura	38
1.16.7.2	Hipnoterapia.....	38
1.17	Implementación de la Ley General para el Control del Tabaco.....	39
1.17.1	Prevención del inicio del consumo del tabaco.....	39
1.17.2	Reducción del consumos de productos del tabaco.....	40
1.17.3	Estrategias de comunicación y difusión.....	40

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1	Planteamiento del problema y justificación.....	41
2.2	Análisis del problema.....	44
2.3	Pregunta de investigación.....	44

III OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.....	45
3.2 Objetivos Específicos.....	45

IV HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis Alterna	46
4.2 Hipótesis Nula.....	46

V MATERIAL Y METODOS

5.1 Tipo y diseño del estudio	47
5.2 Población en estudio.....	47
5.3 Descripción de las variables.....	47
5.3.1 Operacionalización de variables.....	47
5.4 Selección de la muestra.....	48
5.4.1 Tamaño de la muestra.....	48
5.5 Criterios de selección.....	48
5.5.1 Criterios de Inclusión.....	48
5.5.2 Criterios de exclusión.....	48
5.5.3 Criterios de eliminación.....	49
5.6 Recolección de información.....	50
5.6.1 Instrumentos de medición.....	50
5.7 Logística.....	51
5.8 Análisis estadístico.....	54

VI CONSIDERACIONES ETICAS.....	55
---------------------------------------	-----------

VII	RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	56
VIII	RESULTADOS.....	57
IX	DISCUSION.....	60
X	CONCLUSIONES.....	62
XI	SUGERENCIAS.....	63
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
XIII	INDICE DE ANEXOS.....	66

TITULO

**MÉTODO TERAPÉUTICO MAS USADO POR EL PERSONAL DE
SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO
PARA EL ABANDONO DEL HABITO TABAQUICO.**

AUTOR:

Dra. Hilda Judith Pérez Salazar

Residente de 2do año Medicina Integrada Del Adulto Hospital General Tercer Milenio.

COLABORADORES:

Psic. María Ventura Nájera Lucio

Licenciada en Psicología

Calificada para atención de clínica de tabaquismo

Lic. Psicología Blas Tejeda

Jefe de Enseñanza en Agua Clara

Lic. Psicología Ramiro Zúñiga Segovia

Coordinador Operativo del CECA

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Francisco Javier Serna Vela

JEFA DE ENSEÑANZA:

Dra. Blanca de la Rosa Hernández

TITULAR DE LA MATERIA:

Dr. Juan Antonio Vidales Olivo

LUGAR DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

Hospital General Tercer Milenio del Estado de Aguascalientes.

RESUMEN

TITULO:

MÉTODOS TERAPÉUTICOS MÁS USADOS POR EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO PARA EL ABANDONO DEL HABITO TABAQUICO.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los métodos terapéuticos más usados para lograr el abandono del hábito tabáquico, en el personal de salud que labora en el HGTM del Estado de Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el personal de salud que labora en el Hospital General Tercer Milenio.

Se midió el nivel de conocimiento que cada sujeto de la muestra tiene, sobre la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) y de los métodos terapéuticos existentes para abandono del hábito tabáquico, además se valoró actitud ante el tabaquismo (tolerancia social), percepción positiva del cigarro así como a la exposición al humo ambiental. También se aplicó la escala de Hamilton y la escala de Zung-Conde con la finalidad de identificar ansiedad y depresión entre los encuestados.

A las personas que si se habían expuesto al hábito tabáquico (fumadores y ex-fumadores) les estaba destinado un segmento donde se les preguntó sobre qué métodos para abandono tabáquico habían usado previamente, causas de recaídas, así como también se les aplicó el test de Fageström y el test de Richmond, para identificar la dependencia a la nicotina y el grado de motivación para abandono del tabaco, respectivamente.

RESULTADOS:

Nuestro universo de estudio se halló comprendido por 87 personas, entre médicos, personal de enfermería, nutrición e inhaloterapia. Entre los que se encontraron 38 personas con tabaquismo activo lo que representa al 43.7%, entre el grupo de ex-fumadores tenemos a 18 personas, y entre el grupo de las personas que nunca han fumado tenemos a 31 personas, lo que representa al 35.6%. A este último grupo lo conoceremos también como el grupo no expuesto.

Encontramos que la prevalencia de tabaquismo en el personal de salud (43.7%) es mucho mayor que en la población general donde la prevalencia es de 26.4%, se pudo observar una clara prevalencia de tabaquismo más aumentada en el personal de enfermería (69%) con respecto al área médica (27%). Y también encontramos más elevada la prevalencia en el género femenino (52%). Además identificamos a la turnicidad así como un nivel bajo de estudios como factores predisponentes para la adquisición del hábito tabáquico.

Encontramos una actitud altamente positiva hacia el tabaco entre los fumadores activos que adquirieron el hábito tabáquico antes de los 20 años y contaban con uno o ambos padres fumadores. 70% de nuestra población expuesta había probado su cigarrillo antes de los 18 años de edad, de estos el 60.8% adquirieron el hábito tabáquico antes de los 20 años de edad, y de estos el 55.8% siguen siendo fumadores activos, 60% de ellos cuentan con familiares de primer orden con tabaquismo.

CONCLUSIONES:

- En general existe un buen nivel de conocimiento sobre las repercusiones negativas que tiene el uso del tabaco sobre la salud.
- Observamos que el conocimiento no basta, ya que por sí solo no significa que sea suficiente para modificar la conducta.
- Existe mucha resistencia al cambio en el grupo de fumadores activos



INTRODUCCIÓN:

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países. Al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser más ricas en energía y en grasas (especialmente saturadas) y a tener un contenido menor en fibra y de carbohidratos complejos y uno mayor de alcohol, de carbohidratos refinados y de sal. En los medios urbanos disminuye con frecuencia el ejercicio físico y el gasto de energía, mientras se incrementa el consumo de tabaco y el estrés. Estos y otros factores de riesgo, junto con el incremento en la esperanza de vida, van unidos a una mayor prevalencia de obesidad, hipertensión (HAS), enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), osteoporosis y de algunos tipos de cáncer, con los subsecuentes e inmensos costos sociales y de atención de salud.^{1,2}

Llama la atención la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestra población; DM, HAS, estrés, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo y obesidad. Sin embargo esta problemática ya no se centra nada más en la población adulta sino que se encuentra muy difundida en toda nuestra población, no respetando distribución demográfica ni grupos de edad o sexo. Y lo más preocupante es que varias de estas situaciones son altamente modificables y la población en general permanece indiferente ante las consecuencias que esto pudiera implicar a su salud.³

Aquí cabe mencionar el concepto establecido hace más de un siglo por Rudolph Virchow: *“las epidemias se producen como consecuencia de alteraciones en la cultura humana...”* A lo que podríamos agregar: *“...actuando algunas veces sobre un genoma vulnerable, que hace posible que la enfermedad se exprese.”*⁴

El personal de salud muestra tanta prevalencia de hábitos desfavorables para la salud igual o mayor al resto de la población y al igual que la población en general, no reconoce en sí mismo al tabaquismo como problema de salud pública, mucho menos abandona la práctica del consumo de tabaco.

Y es por este motivo que me atrevo a decir sin temor a equivocarme, que la problemática a la cual nos enfrentamos, tanto médicos, como la población en general es reflejo de estos hábitos inadecuados, que se han venido adquiriendo y reforzando con el paso de los años, modificando la cultura humana de forma global y que son estos mismos hábitos inadecuados los que estamos heredando a nuestros niños y adolescentes, y que de no trabajar hoy por modificarlos, las repercusiones se verán reflejados cada vez a edades más tempranas de la vida y complicaciones más severas.^{2,5,6}

Se han realizado diversos estudios analizando el problema de salud que representa el uso del tabaco, tanto a nivel internacional como nacional, aquí en Aguascalientes se han llevado a cabo escasos estudios, uno de ellos valoró la presencia de hábitos inadecuados solo en el personal de enfermería de los distintos hospitales del estado, otro más hasta donde tenemos conocimiento, realizado por la UAZ donde se valoró el uso de la espirometría como método diagnóstico para identificar la capacidad pulmonar vital reducida en el personal de salud, con la finalidad de identificar si existía correlación de cambios de la capacidad pulmonar vital entre fumadores. Sin embargo no encontramos ninguno relacionado con el nivel de conocimiento sobre efectos negativos para la salud por el tabaquismo que además valorara también el uso de métodos terapéuticos para abandono del hábito tabáquico, de ahí la importancia de nuestro estudio.

En este trabajo nos enfocaremos a analizar la epidemia del tabaquismo en nuestro tiempo y en nuestro medio, pues no es posible ignorar los riesgos y altos costos que para la salud tiene el uso del tabaco, buscaremos por este medio identificar las causas más frecuentes de fracaso en el intento de abandono del tabaco, así como los métodos para abandono del cigarrillo más usados por el personal de salud del HGTM.

I. MARCO CONCEPTUAL:

1.1 DEFINICIÓN:

El tabaquismo es una enfermedad adictiva mantenida por una triple dependencia: química, psicológica y social.⁶ El tabaquismo está clasificado en el DSM-IV como una enfermedad crónica en la cual el fumador oscila entre múltiples periodos de remisión y recaída. Esto se debe a la potente adicción que genera la nicotina.⁶ La comorbilidad psiquiátrica asociadas al consumo de tabaco son otro de los elementos condicionantes de la dependencia, con implicaciones para su tratamiento.⁵ Ver tabla 1 en anexos

1.2 EPIDEMIOLOGIA:

Uno de los desafíos más grandes de salud pública al que se enfrentan los países en el siglo XXI es combatir la morbilidad y mortalidad asociadas con el consumo de tabaco.^{7,8} Epidemiológicamente, las consecuencias del tabaquismo en la salud de la población en general se ven alrededor de 30 años después del pico de mayor consumo.⁶ Además de los muchos efectos que el cigarrillo tiene sobre la salud, el consumo de tabaco tiene también un importante impacto económico para los países.³ Este incluye los costos de cuidado a los fumadores enfermos, los costos por la pérdida de productividad debido a muerte o incapacidad. En Estados Unidos por ejemplo, se estima que el costo global causado por el consumo de tabaco, sin tener en cuenta los gastos ocasionados por el tabaquismo pasivo, es de unos 200.000 millones de dólares anuales.^{3,6,9}

En la actualidad, el tabaco es el único producto de consumo de venta legal que daña a todos los individuos que se exponen de manera voluntaria o involuntaria a su humo y que además, mata prematuramente a quienes lo utilizan de acuerdo con las instrucciones del fabricante, en promedio 15 años antes, por si fuera poco, los fumadores no son los únicos que ven afectada su salud como consecuencia de la inhalación del humo de sus cigarrillos, todas las personas que se exponen al humo de tabaco de segunda mano (tabaquismo pasivo o involuntario) corren riesgo de enfermar y morir prematuramente.^{2,6,7,10} El efecto en el fumador pasivo no solo es crónico, como en el caso del cáncer; de manera aguda hay alteraciones cardiovasculares importantes, como aumento en la concentración sanguínea de monóxido de carbono y reducción en el flujo de las arterias coronarias.^{6,8,10,11}

El impacto del tabaquismo en la esperanza de vida y salud de la población es enorme. Quien se inicia a temprana edad y continua fumando a lo largo su vida tiene 50% de probabilidades de fallecer a consecuencia de este hábito.^{6,8,12,13,14,15}

En medio siglo el tabaco ha matado a 60 millones de personas, más que las dos guerras mundiales. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000: un tercio de la población mundial fuma; e indica que el tabaquismo es una enfermedad que produce muerte prematura al 50% de las personas que la padecen, siendo el tabaco el responsable del 12% de la mortalidad mundial.² ver tabla 3 en anexos

El consumo de tabaco es la causa de la muerte de aproximadamente 5 millones de personas cada año, lo que equivale a cerca de 14.000 muertes diarias—el equivalente a una persona cada 6 segundos (*OMS),² lo que constituye una tasa mayor a la mortalidad asociada a enfermedades como la tuberculosis, infección por VIH/SIDA o malaria juntas.^{5,7} La OMS estima que para el año 2030, esta cifra aumentara a 10 millones aproximadamente y que la mayoría de las muertes (70%) ocurrirán en los países en vías de desarrollo.^{2,3,5,9,11,16} El tabaco mata hoy a 1 de cada 10 adultos en el mundo. Para el año 2030, la proporción ascenderá a 1 de cada 6, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales. Esto convierte al tabaquismo en la causa más importante y a la vez más evitable de morbilidad, incapacidad y muerte en muchos países.^{7,8} Causa 20% de todas las muertes, 30% de todos los casos de cáncer y 90-95% de los tumores pulmonares, 80%-85% de las bronquitis crónicas y enfisema pulmonar y el 25% de las enfermedades cardiopulmonares se deben al tabaco.^{8,11} El 90% de los casos de EPOC se debe al tabaquismo. También se puede producir por la exposición domiciliar a humo de leña o a la inhalación laboral de polvos inorgánicos.²

Respecto a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, éstas se presentan después de fumar en promedio 10 cigarrillos al día por más de 10 años. En los fumadores, el riesgo relativo para cáncer pulmonar aumenta 23.2 veces con la edad, en comparación con los no fumadores; en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se incrementa 11.7 veces; en la enfermedad coronaria y cerebro-vascular se duplica. La fracción atribuible al tabaquismo para el cáncer pulmonar es de 83 %; en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de 79 %; y en la enfermedad cardiovascular, de 83 %.^{3,17}

Tan sólo en España mueren más de 53.000 personas al año por enfermedades relacionadas con el tabaco y el 24% de las muertes tienen que ver con su consumo; el 80% de los jóvenes ha fumado alguna vez antes de los 18 años y el 50% lo hace regularmente.

Aproximadamente la tercera parte de todas las defunciones por cardiopatía y cáncer en las Américas pueden ser atribuidas al consumo de tabaco.^{3,4} Cerca de 10% de las muertes derivadas del tabaquismo se presenta en fumadores pasivos por causas semejantes a las de los fumadores activos.

La prevalencia de tabaquismo del continente americano entre 1996 y 1999 osciló entre 22 y 40%; en algunas zonas urbanas más de la mitad de los jóvenes fuman. La distribución porcentual entre los hombre fumadores oscila entre 26 y 47%, y en las mujeres entre 16 y 36%. Es importante no perder de vista que la epidemia de tabaquismo se ha desplazado a los países de mediano y bajos ingresos, los cuales concentran en la actualidad a 80% de la población fumadora en el mundo.^{3,6} En el año 2000 tan sólo en América Latina, la Organización Panamericana de Salud reportó más de 845 mil muertes al año por estas enfermedades.¹⁶ En América el tabaco mata a más de 1 millón de personas por año, de los cuales 460.000 son mujeres y 250.000 pertenecen al cono sur. El mayor consumo se encuentra en el Cono Sur, especialmente en Argentina, Uruguay y Chile, donde el 45% de los hombres y el 35% de las mujeres fuman.¹⁶ En la mayoría de países de la región, más del 70% de los fumadores comienza a fumar antes de los 18 años de edad. Y de estos una cuarta parte probó el cigarro por primera vez antes de los 10 años.^{2,6,13,18}

En México, hay más de 17 millones de fumadores y ocurren aproximadamente 60 000 muertes al año entre personas fumadoras por enfermedades asociadas con el tabaquismo.⁷ Esto representa alrededor de 165 defunciones diarias, de las cuales 38% resulta de enfermedad isquémica del corazón, 29% de enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 23% de enfermedad cerebro-vascular y 10% de cáncer de pulmón, bronquios y tráquea. Diversas investigaciones estiman más de 6 mil muertes por cáncer de pulmón, 45% de riesgo atribuibles al tabaquismo para enfermedades del sistema circulatorio y 1.5 a 2 veces más probabilidad de morir por esas enfermedades.^{3,15}

En el caso de México, la tendencia en el consumo de tabaco en la población mexicana se ha mantenido estable durante los últimos 15 años, actualmente la prevalencia de consumo de tabaco en la población entre 12 y 65 años es de 26.4 por ciento. Sin embargo, el número total de fumadores en el país se ha incrementado desde aproximadamente 9 millones de fumadores en 1988, a cerca de 16 millones de fumadores en 2002 debido al crecimiento de la población general del país.²⁷ La población masculina se ha mantenido estable con una prevalencia de aproximadamente 39% desde la primer Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). La población de mujeres fumadoras ha crecido desde 14.4% en 1988, a 16.1% en la ENA 2002, se obtuvo un dato consistente con la tendencia mundial hacia el incremento de la prevalencia de tabaquismo en mujeres, especialmente adolescentes, e imponiendo un matiz diferente al carácter de la epidemia en los años por venir donde de continuar con esta tendencia, observaremos la emergencia de un mayor número de casos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en mujeres.^{7,11,18} Por medio de esta encuesta también fue posible identificar que 1.4% de toda la población se identifica como fumador dependiente, lo que representa a más de un millón de personas que requieren atención especializada.²

La prevalencia de tabaquismo actual en adultos residentes de Aguascalientes es superior a la Nacional. En Aguascalientes, se estima que 22.5% de los adultos de 20 años o más fuman y habían fumado más de 100 cigarrillos en su vida como para considerarlos fumadores (ENSANUT 2006).

Es preocupante el aumento del consumo tabáquico en mujeres, pero aun más alarmante es el consumo entre niños y adolescentes.^{2,6,13,16,19}

Según datos del banco mundial, el 20% de la población de 13-15 años en el mundo fuma, casi 100 mil jóvenes comienzan a fumar cada día en el mundo entero y de ellos, mas de 80.000 viven en países en vías de desarrollo.^{3,7,16,19} Un análisis epidemiológico mostró que Guadalajara, la segunda ciudad más importante de México, ocupa el segundo lugar nacional de consumo y como lo demuestran diferentes estudios el consumo es mayor en la población escolar cuando se compara con la población en general. Se ha estimado que diariamente tres mil adolescentes escolares se convierten en usuarios habituales de tabaco antes de cursar el segundo año de preparatoria.¹³

En México las encuestas nacionales muestran una reducción en la edad de inicio del tabaquismo: en 1988 se ubicaba entre los 18 y 25 años de edad; diez años después se redujo a 11 y 14 años de edad.² Esto es realmente preocupante debido a que el joven desarrolla adicción más rápido a la nicotina en cuanto menor sea la edad de exposición al humo de tabaco. Con estas evidencias, la recomendación es evitar o retrasar lo más posible el contacto de los jóvenes con el tabaco, al que se considera una “droga puerta de entrada” a otras adicciones (riesgo que se incrementa hasta 13 veces).^{2,13} La mayoría de los fumadores adolescentes muestran signos de dependencia antes de alcanzar la edad legal para votar, manejar o comprar alcohol.^{6,8,13,19} Debido a que la edad media de inicio en consumo de tabaco en el mundo es de 15 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaquismo como una enfermedad pediátrica. El conocimiento científico actual indica que iniciativas como la creación de ambientes libres de humo, el aumento del precio de los cigarrillos y las prohibiciones de la promoción del tabaco son las medidas más eficaces para reducir su consumo, principalmente en la población joven.^{5,6,7,12,20}

Ante este problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que los profesionales de la salud participen con mayor énfasis en el control de la epidemia.^{5,17,21} Paradójicamente, en los países en desarrollo se ha registrado que este sector fuma más que la población general: para el año 2004, en Rusia los médicos tenían la misma prevalencia (63 %) que la población general; en el 2001, en España 43 % de los médicos fumaba, mientras que en la población general se informó el 35 %; en Chile la prevalencia reportada fue de 40.2 %.⁶ En comparación con otros países como el Reino Unido, donde sólo fuma 10 % de los médicos. En Francia la prevalencia de tabaquismo en los funcionarios de la salud es similar a la población en general de 33%.^{9,17} Proporcionalmente, los médicos chilenos fuman menos que otros funcionarios

de salud pero presentan un grado de adicción mayor. Sin embargo, en nuestro país los médicos fuman más que en algunos países latinoamericanos como Guatemala, donde la media de cigarrillos por día es de 2,5 en España los consumos son mayores en promedio 15 cigarrillos por día y más de una tercera parte de los funcionarios de salud fuman más de 20 cigarrillos por día.^{9,11,17}

En un estudio realizado entre médicos en Argentina se encontró que aproximadamente un tercio de los profesionales de salud fuman y que un número importante de ellos reúnen criterios de dependencia moderados a mayores. Observándose una mayor proporción de fumadores entre los que cumplen funciones en áreas de urgencias, así como en el personal auxiliar. Esto podría relacionarse, entre otras causas, con las características de las tareas, la tensión emocional, el horario prolongado de trabajo y baja retribución económica a su trabajo.^{9,11,17,21,22}

En nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social realizó en 1994 un estudio y reportó una prevalencia de tabaquismo de 25.3 %; en otro estudio en el 2004 la prevalencia fue de 29 %; en 1997, en los Institutos Nacionales de Salud fue de 22 % (en población general era de 26.4 %). En 1998, la Universidad de Guanajuato, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, informaron una prevalencia de 43.1 % en médicos y de 29.3 % en enfermeras (en población general era de 27.7 %). El Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2000 registró 16 % de prevalencia en médicos y 12.5 % en enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuernavaca, Morelos.^{17,21}

En México, desde 1980 se han realizado estudios entre el personal de salud donde se ha detectado que el 37% de sus trabajadores fumaban habitualmente. Puente realizó una encuesta entre los médicos de siete hospitales de tercer nivel, encontrando que 70% de ellos habían fumado alguna vez en la vida. Reportes más recientes sugieren que la prevalencia de tabaquismo es más alta en los médicos que en la población general.^{1,17,21,23,24}

Diversos estudios han comprobado que la prevalencia de hábitos nocivos para la salud en el personal sanitario no difiere mucho con respecto a la población en general, mas aun el estrés laboral al que es sometido el personal de salud continuamente es un factor de riesgo agregado para el desarrollo de ECNT con todas sus consecuencias a largo plazo, por lo que consideramos de gran importancia implementar una estrategia preventiva que ayude a modificar estos factores de riesgo.^{2,3,4,17,25}

Actualmente se ha incrementado la tendencia de consumo en profesionales de la salud, tanto en hombres como en mujeres, y tiende a igualarse cuando hace cinco años era mayor en hombres debido a la mayor tolerancia social y al estrés laboral, que ha aumentado en la mujer debido a su

“doble jornada laboral” (trabajo y hogar). Sin embargo, la médica o profesional de la salud tiende a disminuir el consumo después de la quinta década de la vida, probablemente por mayor conciencia en el auto-cuidado de la salud.^{23,26,27}

La elevada prevalencia de tabaquismo en el personal de la salud va en contra del profesionalismo y la ética de estos trabajadores, ya que son responsables de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población, sin embargo, se puede explicar en parte por la falta de acciones específicas de prevención y control de tabaquismo en las instituciones de salud. Por tal motivo, se deberá hacer conciencia en los tomadores de decisiones de las instituciones del Sector Salud, para que emitan políticas y desarrollen estrategias dirigidas a disminuir o abandonar el consumo de tabaco entre los trabajadores de la salud, con el propósito de proteger la salud del personal y generar un modelo a seguir por la población general.^{7,8,9,17,21,23}

Conocer la frecuencia del tabaquismo entre los médicos es importante por varias razones: los médicos constituyen el medio más importante para la prevención y el tratamiento de esta dependencia, tienen la autoridad que les da el conocimiento científico, comunican un mensaje de salud y desempeñan un papel importante ante la población. (38) En un estudio realizado los profesionales de la salud obtuvieron la mayor prevalencia de tabaquismo en comparación con los profesionales de otras disciplinas. Y entre estos se encontró que los médicos ocupaban un mayor porcentaje (43.1%) de tabaquismo en comparación con las enfermeras. (29.3%).^{3,9,17,21,22,26}

1.3 EFECTOS DEL TABAQUISMO PASIVO:

El humo de tabaco en un ambiente (HTa) es una combinación de partículas sólidas y líquidas dispersas en una fase gas/vapor. Las partículas miden 0,2-0,3 micras, por lo que es difícil poder “descontaminar” el aire con filtros o sistemas de recirculación de aire y se difunden y se respiran fácilmente, sobre todo por los niños que presentan una frecuencia respiratoria más elevada. Fumador pasivo o involuntario es aquel que inhala el humo de tabaco en un ambiente. Si se consideran el tiempo que los seres humanos pasamos en lugares cerrados (escuela, trabajo, hogares, etc.) y la alta tasa de prevalencia del tabaquismo en los países en vías de desarrollo, el humo de tabaco se convierte en el mayor contaminante de ambientes cerrados. El humo de tabaco contiene más de 4.000 sustancias químicas diferentes, de las cuales alrededor de 50 han sido reconocidas como cancerígenas (considerados del tipo A por la Agencia Ambiental de EE.UU., 1992). Es por esto que fumar pasivamente aumenta la morbi-mortalidad y es la tercera causa prevenible de muerte, después del tabaquismo activo y el alcoholismo.^{6,8,11,20}

La OMS señaló que la única respuesta para proteger a los no fumadores es la creación de espacios públicos 100% protegidos contra la exposición al humo de tabaco.⁶ Ningún tipo de ventilación y uso de filtros, solos o combinados, podrían reducir los niveles del humo de tabaco de segunda mano en espacios y edificios públicos y la separación por áreas (fumador y no fumador) no eliminan en lo más mínimo el daño.^{10,24,28}

En un compromiso firmado por el gobierno mexicano y que constituye el artículo 8 del CCMT se establece de que manera la autoridad gubernamental debe adoptar e implementar medidas eficaces y leyes de carácter nacional para proveer protección contra la exposición ambiental al humo de cigarrillo en lugares de trabajo, interiores, transporte público, lugares públicos cerrados y según proceda otros lugares públicos. En la actualidad, los hogares no son ambientes físicos que cuenten con regulación en este sentido, y por los resultados de una exposición intensa observada en niños mexicanos desde temprana edad, es necesario proponer una regulación al respecto.^{2,6,10}

Actualmente, en México una de las políticas en las instituciones de salud y en otros espacios es la creación de ambiente libres de humo, en donde se ha regulado el consumo de tabaco dentro de sus instalaciones; sin embargo, así como se realizan acciones para disminuir el tabaquismo con la población general, se hace necesario considerar programas educativos y de apoyo dirigidos a profesionales de la salud para disminuir esta adicción, considerando que al lograr la supresión del tabaco entre este grupo de población se beneficiara no solo al propio personal sino por consecuencia a la población general.¹⁷

En 1981, se publicó el estudio de Hirayama, que demostró que mujeres que nunca habían fumado pero vivían con un fumador tenían un 21% más de riesgo de tener cáncer de pulmón en algún momento de sus vidas. Las que, además, habían estado expuestas al humo de un padre o madre fumadora desde la infancia, tenían un 63% más de riesgo que las mujeres no fumadoras convivientes de no fumadores. En 1992, la Asociación Estadounidense de Cardiología (American Heart Association) indicó que el riesgo de morir por una enfermedad cardíaca aumenta más del 30% entre los no fumadores que conviven con fumadores.^{6,28}

Todas las toxinas del cigarrillo, incluida la nicotina, atraviesan la placenta. El primer informe que demostró la relación entre consumo de tabaco materno y patología del recién nacido se publicó en 1967. En la embarazada fumadora, más de 4.000 sustancias químicas identificadas en el humo de tabaco afectan la micro-circulación, ocasionando diversas patologías en la unidad feto-placentaria que afectan negativamente la salud del embarazo del parto y del recién nacido; algunas de ellas se manifiestan de por vida. Estudios publicados desde entonces han demostrado que los hijos de madres fumadoras tienen más riesgo de pesar menos de 2.500 gramos al nacer, mayor incidencia de otitis media, tos, asma infantil, neumonía, bronco-espasmo, bronquitis, disminución de la

función pulmonar, hipertrofia adenoidea e internaciones por enfermedad respiratoria. Los hijos de madres fumadoras tienen el doble de riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante que los hijos de no fumadoras. Otros estudios demuestran que los hijos de madres fumadoras tienden a tener más problemas de conducta y trastorno de déficit de atención y a presentar menor rendimiento escolar.⁶

1.4 EFECTOS DEL TABAQUISMO A CORTO PLAZO:

Diversos estudios muestran que ya en la adolescencia se evidencian efectos en la salud: Fumar se asocia con obstrucción leve de las vías aéreas y disminución del crecimiento pulmonar en los adolescentes. Un estudio realizado en EE.UU. demostró que los adolescentes que fumaban cinco cigarrillos por día ya presentaban estos trastornos.⁶

A pesar de contar con información pertinente respecto de la dimensión y consecuencia de la epidemia del tabaco, todavía es frecuente encontrar cierto grado de resistencia entre la población general, incluso entre los segmentos supuestamente mejor informados de dicha población hacia medidas de control en materia de aplicación de políticas públicas para el control en materia de aplicación de políticas públicas para el control del tabaquismo y las enfermedades asociadas. Más aun, en la actualidad son pocos los países que cuentan con la infraestructura y recursos adecuados para implementar un programa básico para el control del tabaco.^{6,7}

Las implicaciones mundiales del consumo de tabaco han hecho que la OMS propusiera por primera vez en la historia un documento legal de salud pública universal para el control del tabaco. Este documento es el Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT), instando a participar a los distintos países por llevar a cabo estrategias para la disminución del habito tabáquico. México ratificó su compromiso con el CMCT el 28 de mayo del 2004.^{6,20,29}

1.5 EFECTOS DEL TABAQUISMO A LARGO PLAZO:

Los fumadores tienen más riesgo de morir que los no fumadores. El famoso estudio prospectivo sobre consumo de tabaco en 40.000 médicos británicos, que comenzó en 1951, ha demostrado que alrededor del 50% de los fumadores morirá a causa del consumo de tabaco.⁶ La supervivencia promedio de los fumadores es de 7.5 años menor que la de los no fumadores y la reducción de la expectativa de vida aumenta según la cantidad fumada.⁶ Las causas de muerte más importantes relacionadas con el consumo de tabaco son: cáncer (Ca), enfermedades cardiovasculares, y enfermedades respiratorias.^{3,6} La mayoría de las muertes relacionadas con el consumo de tabaco se asocian con cardiopatía isquémica y accidentes cerebro-vasculares. Aún cuando se desconoce el mecanismo preciso por el cual el tabaco favorece la enfermedad coronaria, es posible que tenga

una función proinflamatoria en el daño endotelial y la ocurrencia de vasospasmo de las arterias coronarias. En las mujeres que presentan un infarto antes de la menopausia también el tabaquismo es el factor de riesgo más prevalente, junto con los trastornos del metabolismo lipídico de origen genético. Se estima que por cada 10 cigarrillos que se fuman por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular aumenta 18% en hombres y 31% en mujeres.^{3,4,6}

El cáncer de pulmón fue la primera enfermedad que se identificó como causada por el cigarrillo. Actualmente en varios países, el Ca de pulmón en la mujer produce más muertes que el Ca de mama.⁶ Los fumadores tienen también más probabilidad de padecer cáncer de boca, labios, lengua, laringe, faringe, estómago, páncreas, vejiga y ciertas formas de leucemia. En las mujeres, el consumo de tabaco se asocia con mayor riesgo de Ca de cuello del útero. El cigarrillo es causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema. Otras patologías relacionadas incluyen: cataratas (20% están relacionadas con el consumo de tabaco), úlceras bucales y gingivitis.⁶ Por otra parte, las mujeres que fuman tienen tres veces más probabilidades de ser infértiles que las que no fuman. Tienen su menopausia en promedio 2 años antes que las no fumadoras; 40% tienen partos prematuros y 30-70% tienen más probabilidades de abortos espontáneos.

En el hombre, el cigarrillo provoca disminución de la densidad y la velocidad de los espermatozoides (disminuye la motilidad en un 50%). El fumar daña las arterias que irrigan el pene y puede ser causa de impotencia.^{3,6}

Existen evidencias que indican que la exposición prenatal y/o durante los primeros años de vida al humo de tabaco ambiental sería un factor predisponente para la iniciación al hábito durante la adolescencia. En la exposición prenatal al tabaco, la neuro-toxicidad por nicotina produce alteración celular que persiste hasta la adolescencia. Esto deja una impronta en el cerebro que favorece el tabaquismo en el niño al inhalar por sí mismo nicotina, lo que puede desarrollar el hábito con mayor frecuencia que en los hijos de madres no fumadoras.^{6,16}

El consumo de tabaco habitualmente se inicia tempranamente en la adolescencia. Según datos del GYTS (Global Youth Tobacco Survey), en el mundo, el 14% de los jóvenes se inicia en el tabaquismo entre los 13 y 15 años. De todos los fumadores adultos actuales, el 90% comenzó antes de los 19 años y el 71% fue un fumador diario antes de los 18 años.^{6,16} El entorno colabora en este aspecto, tanto por la influencia familiar como por la integración de grupos en los que se consume. El entorno familiar puede favorecer la iniciación en presencia de padres fumadores o madre fumadora durante la gestación o la lactancia. La visión positiva del tabaco en el núcleo familiar, la percepción del placer por el cigarrillo por parte de los adultos, la publicidad permanente y la búsqueda de disminuir tensiones constituyen el desarrollo de la llamada “tolerancia social”.¹⁶

En un metanálisis de casi 30 estudios prospectivos sobre el consumo de tabaco en jóvenes, se advirtió que el inicio está determinado por factores que incluyen:

-padre y amigos íntimos que fuman, poca autoestima, haber dejado la escuela (en el caso de los estudiantes), problemas laborales, actitudes positivas respecto al consumo de tabaco, otras conductas de riesgo asociadas y depresión.^{6,25}

1.6 Etapas en la adquisición de la adicción:

Entre el periodo de prueba y el consumo diario suelen pasar aproximadamente 2 o 3 años (aunque puede ser muy variable de acuerdo a las características del individuo). Este es el llamado periodo de habituación.⁶

- Preparatoria (personas que no han fumado): forma actitudes y creencias sobre la utilidad de fumar.
- Prueba: se consumen los primeros cigarrillos de manera ocasional.
- Experimental: fuma de manera repetida pero irregularmente.
- Consumo regular: fuma por lo menos una vez por semana (puede dejar de fumar).
- Adicción: necesidad fisiológica de nicotina.

El consumo de tabaco se vincula con necesidades humanas, como disminución de la ansiedad, estimulación, símbolo de pertenencia a un grupo y de socialización, o distracción; de ello se deriva, entre otras causas, la adicción física y psicológica a la nicotina. Es importante reconocer que desde hace varios años se vive un proceso que busca revertir el uso y evitar el abuso del consumo del tabaco, atender las causas que llevan a una persona a encender un cigarrillo y atender así contra su salud, brindar la contención necesaria para que los consumidores de tabaco lo abandonen y persuadir a los no fumadores y a los ex fumadores de evitar el consumo.^{2,17} De ahí la relevancia de la construcción de sinergias y de que el Estado y la sociedad se unan para continuar el largo proceso de eliminar dicha práctica en el futuro. Para ello es indispensable sumar fuerzas, vencer las barreras de las luchas de poder y coincidir en una sola dirección: la protección de la salud, en especial de mujeres, niños y jóvenes.²

Algunos factores que facilitan que una persona se involucre en el consumo de sustancias psicoactivas y, en general en conductas problemáticas son: el medio ambiente que rodea al sujeto, la desorganización social, alta disponibilidad de drogas, tensión, estrés y la angustia generadas por las demandas del rol que desempeña el sujeto. Tanto el área laboral como el tipo de ocupación de los individuos son factores de riesgo en el consumo de alcohol y drogas y tiene gran influencia en los niveles de consumo. Asimismo, la familia, las amistades y el ámbito de estudios juegan un

papel central.^{25,26} Diversos autores señalan que la interrupción y los problemas en los estudios y el estrés educacional son factores de riesgo para que el joven se involucre en dichas conductas. En este sentido se señala que la interacción con modelos que consumen drogas, refuerzan la ocurrencia de esta conducta. Adicionalmente, el grado de depresión y los niveles de desesperanza e ideación suicida, son aspectos que se han visto relacionados con el consumo de drogas.^{13,26,30}

Ya en diversos estudios se ha analizado la prevalencia y frecuencia de factores de riesgo cardiovascular modificables en los médicos y en el resto del personal del equipo de salud. En un alto porcentaje de los mismos se ha encontrado sobrepeso, obesidad, sedentarismo, adicción al tabaco y bebidas alcohólicas.^{15,25,31}

El trabajo a turnos induce hábitos de vida anómalos, lo cual se asocia al aumento de la morbilidad en los trabajadores. En un estudio realizado en trabajadores hospitalarios sometidos a turnos, se pudo constatar la presencia de estados nutricionales y hábitos alimentarios inadecuados, así como una alta incidencia de estrés, ansiedad, depresión, y mayor prevalencia de tabaquismo, alcoholismo y adicción a sustancias psicoactivas.^{25,27,30}

Esta comprobado que el trabajo a turnos conlleva irregularidades en el orden de las actividades diarias que pueden conducir a problemas sociales y además existen evidencias de que los trabajos a turnicidad conllevan unos determinados riesgos para la salud, potenciados por la perturbación de las funciones psicofísicas. De esta forma parece ser que los trabajadores a turnos presentan una mayor incidencia de trastornos gastrointestinales y enfermedades cardiovasculares. La causa más probable de dichos trastornos es una mala adaptación al ritmo circadiano endógeno. Se ha observado la existencia de ritmos circadianos para el vaciamiento gástrico, la motilidad intestinal, las actividades de las enzimas hepáticas, la secreción biliar, las hormonas anabólicas y catabólicas, la lipemia postprandial y la termogénesis inducida por los alimentos.²⁷

1.7 MECANISMOS DE DEPENDENCIA AL TABACO:

Las dependencias de sustancias son resultado de una compleja interacción de los efectos fisiológicos de las drogas en zonas del cerebro asociadas con la motivación y la emoción, combinados con el “aprendizaje” de la relación entre drogas e indicios relacionados con estas, y tienen todos ellos una base biológica. Estos procesos de aprendizaje dependen de manera crítica de los mismos sistemas motivacionales y emocionales del cerebro sobre los que actúan las sustancias psicoactivas. Aunque cada clase de sustancia psicoactiva tiene su propio mecanismo farmacológico de acción, todas activan el sistema meso-límbico dopaminérgico.¹⁶

Dos entidades se encuentran estrechamente ligadas al tabaquismo: depresión y ansiedad; se señala su coexistencia con alcoholismo y esquizofrenia, los trastornos por hiperactividad y de déficit de la memoria. Se produciría una interacción bidireccional con alguno de estos cuadros, como se ha observado en el tabaquismo y la depresión, donde uno es factor de riesgo para la otra y viceversa. Ello ocurre principalmente en algunos fumadores que inadvertidamente mejoran sus síntomas depresivos fumando y que, en muchos casos, al comenzar la abstinencia del tabaco, suelen mostrar depresión de mayor o menor intensidad.^{6,16,22,26}

La auto-administración de drogas para usos no terapéuticos y no médicos es probablemente tan antigua como la cultura y la civilización humana y constituye un testimonio de que las drogas funcionan como reforzadores positivos. Además, como dichas sustancias tienen la propiedad de provocar sensaciones placenteras, esto también indica que son ciertamente gratificantes.^{13,14,16}

Ver tabla 2 en anexos

El desarrollo de las dependencias puede considerarse como parte de este proceso de aprendizaje, en el sentido de que se producen cambios duraderos en el comportamiento, provocados por las interacciones con drogas y los entornos relacionados con estas. Mediante procesos de aprendizaje asociativo, esto puede producir en última instancia los síntomas clásicos de la dependencia, luego de una exposición repetida.¹⁶ Hoy en día se sabe que la dependencia que provoca la nicotina es superior a la que provocan otras drogas como la heroína, la cocaína o el alcohol.^{6,13}

Las propiedades gratificantes de las drogas no necesariamente consisten solo en sensaciones de placer, sino que puede adquirir formas más leves de hedonismo, como el alivio de la tensión, reducción de la fatiga, una mayor excitación o mejor rendimiento. Es posible que estas sensaciones positivas expliquen por qué se usan las drogas aunque la recompensa de una droga no puede explicar por sí misma la dependencia, condición caracterizada por el uso compulsivo y recurrente de las sustancias, y por enfocarse a los comportamientos motivados por drogas que llegan al grado de excluir metas alternativas, a pesar de problemas familiares, sociales y médicos.^{13,14,16}

Aunque el tabaco contiene miles de sustancias, la nicotina (principal alcaloide del tabaco) es la que más frecuentemente se asocia con la dependencia porque es el componente psicoactivo y causa efectos observables sobre el comportamiento, como cambios en el estado de ánimo, reducción del estrés y mejoras en el rendimiento. Los efectos conductuales asociados con la nicotina, producidos al fumar, incluyen estimulación, mayor atención y concentración, aumento de la memoria, reducción de la ansiedad y supresión del apetito.^{5,16}

La nicotina es una amina terciaria con acciones a nivel del sistema nervioso central (SNC) euforizantes, cognitivas, de regulación del humor, de la concentración, memoria y del apetito, entre otras, que se ejercen por intermedio de la liberación de neurotransmisores como acetilcolina, dopamina, noradrenalina, vasopresina y endorfinas. Produce un “reforzamiento positivo”, sensación euforizante y placentera que es probablemente el eje central de la adicción. La vía más conocida para esta acción es la mesolímbica dopaminérgica, la misma de otras drogas adictivas; la nicotina es mas adictiva que la heroína, la cocaína o el alcohol.^{6,14} Una vez inhalada, se absorbe con rapidez (8 segundos) y pasa directamente a la circulación, donde alcanza un pico máximo de concentración sumamente rápido, estimula a los receptores nicotínicos del cerebro en aproximadamente 10-20 segundos y genera una respuesta casi inmediata. Luego, la nicotinemia desciende también rápidamente, debido a la difusión en los diferentes tejidos y a su vida media muy corta, de apenas 2 horas. La vida media de la nicotina es de aproximadamente 2 horas, puede llegar a ser 35% mayor en personas con una forma particular de gen (es decir, un alelo) para la enzima (CYP2A6), que inhibe la ruta metabólica primaria de la nicotina. Los estudios preliminares indican que la frecuencia del alelo CYP2A6 es más común en asiáticos que en africanos o caucásicos y que esta diferencia explica en parte el menor consumo diario de cigarrillos y el menor riesgo de cáncer pulmonar en asiáticos, en comparación con caucásicos o africanos.^{6,16}

La nicotina se metaboliza extensamente y con rapidez, en especial en el hígado y en el pulmón y se elimina vía renal, según el pH de la orina. Su principal metabolito es la cotinina que se utiliza como marcador en el monitoreo del tratamiento (en saliva u orina). La naturaleza y la intensidad de los efectos de la nicotina dependen de la cantidad, de su inhalación y del fenómeno de tolerancia. Los efectos son más intensos, con un efecto casi inmediato, con la nicotina inhalada, lo que favorece la adicción.^{6,14,16}

1.8 Mecanismos de acción de la nicotina:

A nivel celular, la nicotina se liga con los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs). Existe una variedad de subtipos de nAChRs neuronales. Los receptores se componen de cinco subunidades alrededor de un canal de iones. El enlace agonista (es decir, la nicotina) hace que la conformación en reposo de las subunidades cambie a la conformación abierta y permite el flujo de iones de sodio, lo que causa despolarización de la célula.¹⁶

En el cerebro, los receptores nicotínicos están situados principalmente en las terminales pre-sinápticas y modulan la liberación de neurotransmisores; en consecuencia, los efectos de la nicotina pueden relacionarse con varios sistemas de neurotransmisores. Se sabe que la nicotina promueve la síntesis de dopamina, al incrementar la expresión de tirosina hidroxilasa y la liberación

mediante la activación de AchRs somatodendríticos en las rutas dopaminérgicas nigroestriada y mesolímbica.^{14, 16}

La nicotina incrementa la producción de dopamina en el núcleo accumbens. Estimula la transmisión de dopamina en zonas cerebrales específicas, en particular en la envoltura del núcleo accumbens y en zonas de la amígdala extendida, lo que se ha asociado con la dependencia a la mayoría de las drogas. Por consiguiente, la nicotina depende de la dopamina para sus efectos más relevantes sobre la conducta por sus propiedades de refuerzo; posiblemente esta sea la base de la capacidad para producir dependencia del tabaco. Sin embargo, otros sistemas neuronales relacionados con la dependencia de sustancia, como los sistemas opioide, glutamato, serotonina y glucocorticoide, pueden también estar modulados por la nicotina y ser trascendentes en aspectos específicos de la dependencia de sustancias.^{14,16}

1.8.1 Efectos de la nicotina sobre la conducta:

La nicotina es un poderoso y potente agonista de varias sub-poblaciones de receptores nicotínicos del sistema nervioso colinérgico. Las dosis agudas pueden producir alteración del estado de ánimo, aunque los consumidores diarios son significativamente menos sensibles a estos efectos que los no usuarios, lo que hace suponer que se desarrolla tolerancia a algunos de los efectos. En pocas palabras, la nicotina produce efectos psicoactivos relacionados con la dosis en humanos, similares a los de los estimulantes; además eleva las calificaciones de prueba normativizadas de euforia y preferencia que utiliza la OMS para evaluar el potencial de dependencia. El potencial de dependencia asociado con el fumar parece igual o mayor que el de otras sustancias psicoactivas.¹⁶

1.8.2 Tolerancia y abstinencia:

-Tolerancia

La exposición a la nicotina produce un alto grado de tolerancia, que parece estar mediado por varios mecanismos, entre los que se encuentran componentes agudos y de largo plazo. La tolerancia a algunos efectos puede vincularse con el favorecimiento de receptores de nicotina en el sistema nervioso central, aunque existen factores genéticos que también modulan los efectos de la nicotina, incluyendo el desarrollo de la tolerancia. Esto puede explicar algunas diferencias en la dependencia de la nicotina.^{5,16}

Durante el curso del día se desarrolla rápidamente la tolerancia a los efectos subjetivos de la nicotina. Los fumadores en general consideran que el primer cigarrillo de la mañana es el más placentero, lo que puede deberse a la tolerancia o al alivio de la abstinencia desarrollada durante la

noche. La desensibilización de los receptores (pérdida de sensibilidad) puede explicar algunos de los efectos conductuales de la nicotina, la tolerancia aguda o crónica y la recaída.¹⁶

-Abstinencia:

La abstinencia de fumar puede verse acompañada por síntomas como irritabilidad, hostilidad, ansiedad, estado de ánimo disfórico y deprimido, un menor ritmo cardíaco y mayor apetito. El ansia de fumar se correlaciona con bajos niveles de nicotina en la sangre, lo que indica que el fumar ocurre para mantener una cierta concentración de nicotina en la sangre, con el fin de evitar los síntomas de la abstinencia. En consecuencia, la continuidad del uso de tabaco podría explicarse por los reforzamientos positivos y negativos de la nicotina.^{5,16} ver tabla 11 en anexos

Los signos y síntomas de la abstinencia del tabaco, incluyendo los efectos de actividad eléctrica en el cerebro, rendimiento cognitivo, ansiedad y respuesta a estímulos de estrés, pueden mitigarse en gran medida mediante la administración de nicotina pura en varias formas (por ejemplo, chicles, parches, administración nasal). En general la avidez de tabaco se alivia solo parcialmente mediante la administración de formas puras de nicotina, puesto que dicha avidez puede ser provocada por factores no mediados por la sustancia (por ejemplo, el olor del humo, ver a otras personas fumando y publicidad del tabaco), a través del proceso de condicionamiento, y ese alivio puede reducirse por otros constituyentes en el humo del tabaco aparte de la nicotina, como los “alquitranes”. Estos factores adicionales pueden producir efectos sinérgicos con la nicotina en los cigarrillos, para proporcionar un alivio más efectivo del ansia que la nicotina suministrada en el humo de los cigarrillos.^{14,16}

La cesación de fumar provoca un síndrome de abstinencia adverso en humanos, componentes que pueden manifestarse durante 1 a 10 semanas. La depresión es uno de los síntomas centrales del síndrome de abstinencia de tabaco y la experimenta una gran proporción de personas que intentan dejar de fumar. La mayoría de los investigadores del campo postulan que fumar es una automedicación de los síntomas depresivos; esta sintomatología depresiva puede ser anterior al tabaquismo, o puede haber sido inducida por el tabaquismo en sí.¹⁶

La eficacia de los fármacos antidepresivos, particularmente bupropión y fluoxetina, como agentes anti-tabaquismo, apoyan la hipótesis de que la sintomatología depresiva o la depresión preexistente asociados con prolongadas abstinencias de nicotina contribuyen a la perpetuación de la dependencia de la sustancia.

La ruta mesolímbica dopaminérgica está fuertemente asociada con la recompensa y la dependencia, aunque también es una ruta candidata que se desregula en la depresión. En humanos, la abstinencia de psico-estimulantes se caracteriza por perturbaciones severas del

estado de ánimo, incluyendo síntomas depresivos combinados con irritabilidad y ansiedad. Estos síntomas duran de horas a varios días, donde uno de los más sobresalientes es anhedonia (es decir, menor interés o placer), que también puede ser un síntoma central de la depresión. Esta anhedonia podría ser uno de los factores motivantes en la etiología y mantenimiento del ciclo de la dependencia de psico-estimulantes. Nuevamente, el sistema mesolímbico dopaminérgico parece ser el candidato más factible que media tanto la recompensa del uso de la sustancia, como la falta de placer asociada con la abstinencia de la sustancia y a depresión.^{14,16}

1.9 TABAQUISMO, ESTRÉS Y DEPRESIÓN:

El grado de depresión y los niveles de desesperanza e ideación suicida, son aspectos que se han visto relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Existen varios vínculos estrechos entre los trastornos depresivos mayores y el tabaquismo. Los estudios han demostrado que hasta un 60% de los fumadores tienen un historial mental y la incidencia de trastornos depresivos mayores entre fumadores es dos veces mayor que entre no fumadores. Además, los fumadores con historial de depresión clínica tienen la mitad de probabilidades de dejar de fumar que los fumadores sin tal historial (14% contra 28%).^{16,26}

Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de drogas de diferentes tipos que los jóvenes de su edad. Se ha demostrado también que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto produciendo alteraciones tales como depresión, ansiedad y síntomas somáticos. Otras investigaciones confirman la relación entre ambos factores, esto es, la relación entre usuarios y tipo de trabajo.^{13,15,16,22,26}

En un estudio realizado a médicos residentes reporto que el 35.7 de la población reporta niveles altos de estrés y depresión. (23) La salud general de los médicos que formaron parte del estudio, según ellos mismos, señala que una tercera parte de ellos padecen trastornos del sueño y otra tercera parte consume sólo dos comidas por día. Cerca de la mitad de los sujetos labora más de 30 horas extras al mes, 6 ó 7 días por semana, lo cual señala que los médicos residentes presentan una salud general deficiente. Con relación al uso y abuso de drogas se detectó que poco más de la mitad de los jóvenes residentes fuma o han fumado, y que tres cuartas partes de ellos iniciaron el hábito antes de los 20 años de edad. Además de lo antes mencionado existe una elevada proporción de médicos fumadores, con mayor prevalencia en servicios de urgencias y quirúrgicos y brindan menos consejo antitabaco.^{11,23,26}

1.10 HEREDABILIDAD DE LA DEPENDENCIA AL TABACO:

A pesar de la tendencia generalizada a pensar que las personas con tabaquismo positivo, eligieron de forma meramente racional adquirir este hábito, aun conociendo las repercusiones negativas que el tabaco tiene en la salud, esto no sucede así, pues basta mencionar que en la etapa de iniciación en el uso del tabaco la principal influencia será de tipo ambiental; esto es la aceptación social de los círculos de amigos o familiares, en el trabajo, etc. Sin embargo para la prevalencia del tabaquismo así como la intensidad del mismo y dependencia de la nicotina, habrá otros factores que aunque no exista muchos estudios que los mencionen, no son menos importantes y estos son los factores de predisposición genética.¹⁶

En un estudio realizado en el personal médico con tabaquismo positivo y crónico de observo mayor presencia de antecedentes familiares de tabaquismo es más frecuente de manera muy significativa en lo que respecta a ambos padres, a los hermanos y a las parejas. La probabilidad de que los hijos mayores de 15 años de los fumadores y ex-fumadores fumen es casi cuatro veces superior respecto de los hijos mayores de 15 años de médicos no fumadores, (10) lo que nos pudiera hablar de una situación aprendida por la dinámica familiar en que se ve envuelto el individuo a temprana edad. Sin embargo también debemos comentar sobre el riesgo genético que a su vez influye sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia de alcohol, tabaco y opioides. Así como también existen estudios que refieren un alto riesgo de dependencia combinada de las sustancias antes mencionadas.^{11,16}

Existen evidencias de una significativa heredabilidad del uso de tabaco entre distintas poblaciones, sexo y edades. Se descubrió que una serie de factores genéticos desempeñan un importante papel etiológico en la iniciación y la dependencia, en tanto que otra serie de factores familiares, probablemente genéticos en parte influyeron por si mismos sobre la dependencia. En otras palabras, los factores genéticos que contribuyen a la variación en la iniciación y la dependencia del fumar se traslapan solo parcialmente.¹⁶

Otros aspectos del fumar, como la edad en que se inicia el hábito, también son influidos por efectos genéticos en ambos sexos. Una vez iniciado el hábito, los factores genéticos determinan en gran medida (86%) la cantidad que se fuma. Además de algunos aspectos del fumar, como el “nunca haber fumado” o la intensidad del fumar, presentaron una contribución genética en varones, pero que no fue clara en mujeres. Un estudio en adolescentes demostró estimaciones de heredabilidad de más de 80% para la susceptibilidad de haber fumado una vez en la vida y del uso actual. Otro aspecto del fumar también muestra influencia genética, como subir de peso luego de suspender el hábito.

El entorno familiar es también importante, aunque este influye predominantemente sobre la iniciación, en tanto que los factores genéticos tienen una mayor influencia sobre el uso intenso y la dependencia. De acuerdo con dichas investigaciones, las estimaciones de heredabilidad de la dependencia de sustancias varían de entre 50% a 80%.^{13,16}

Los estudios clásicos de Cadoret sobre adopción fueron cruciales para definir la importancia de los factores genéticos en el abuso de sustancias. Estos estudios demostraron que el abuso de sustancias fue significativamente mayor en hijos adoptados cuyos padres biológicos eran dependientes del alcohol u otra sustancias psicoactivas, o con trastornos de la personalidad. Esto dio como resultado un modelo en donde dos factores genéticos y un factor ambiental independiente de la familia adoptiva incrementan el riesgo del abuso de sustancias.^{13,16,25}

Es evidente que hay diferentes contribuciones genéticas para aspectos distintos del comportamiento del fumador, como la iniciación, la cantidad que se usa, el desarrollo del uso compulsivo, los síntomas de abstinencia y el desarrollo de la tolerancia.¹⁶ Estos factores contribuyen individualmente a los criterios CIE-10 de la dependencia. Por consiguiente, se aprecia que existen varios factores genéticos (así como factores ambientales, como la disponibilidad y la comercialización) que contribuyen en distintas etapas al desarrollo de la dependencia. Los estudios recientes sobre el uso de etanol y tabaco en humanos indican que genes comunes podrían influir en la dependencia del tabaco y el etanol.¹⁶

Se ha demostrado que el fumar es un importante factor de riesgo para promover la progresión de la dependencia del alcohol. Este efecto podría ocurrir al disminuir los efectos del alcohol, porque la nicotina puede incrementar la actividad de la enzima metabolizadora del alcohol CYP2E1. Sin embargo, la dependencia del alcohol se asocia con una abstinencia más grave de la nicotina. Esto indica que las dependencias del tabaco y el alcohol tienen en común una considerable proporción de genes. Dicha influencia genética común permite explicar, en parte, las observaciones clínicas y epidemiológicas acerca de que las personas dependientes de alcohol muchas veces también dependen del tabaco.¹⁶

La enzima metabólica CYP2A6 es genéticamente polimórfica (es decir, existe en más de una forma). Es la causa de 90% de la inactivación metabólica de nicotina o cotinina. Se ha descubierto un significativo impacto de la varianza genética CYP2A6 sobre el riesgo de la dependencia del tabaco, la edad en que se empezó a fumar, la cantidad y patrones del fumar, la duración del fumar, la probabilidad de dejar el hábito y algunos aspectos del riesgo de desarrollar cáncer pulmonar. Sin embargo, no todos los estudios concuerdan con estos hallazgos.¹⁶

Entre fumadores caucásicos, aquellos con un metabolismo de la nicotina genéticamente lento requerían menos cigarrillos por día, lo que se refleja en menores niveles de monóxido de carbono, para mantener niveles de nicotina iguales en plasma; en tanto aquellos con duplicación del gen CYP2A6 (metabolizadores rápidos) fumaban más y con mayor intensidad. En los caucásicos, la frecuencia de los genotipos con cuando menos un alelo disminuido o inactivo era mayor en no fumadores que en fumadores, lo que indicaba que la inactivación lenta de la nicotina protege modestamente a la gente de convertirse en fumadores. También se ha demostrado que inhibir CYP2A6 (imitar el defecto genético) en fumadores produce una disminución en el hábito y re-direcciona los pro-carcinógenos a otras rutas de desintoxicación. Entre los grupos étnicos existe una variación significativa en el alelo CYP2A6 y en las frecuencias de genotipo. Estos datos apuntan a que el genotipo CYP2A6 posiblemente altere el riesgo de fumar, y también podría alterar el riesgo de enfermedades relacionadas con el fumar entre los diversos grupos étnicos.¹⁶

1.11 PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA:

Los programas de deshabituación tabáquica pretenden el abandono del hábito de fumar. Está demostrado que cada vez hay más personas que quieren dejar de fumar. Según el reporte de algunos estudios indican que entre el 75% y 80% de personas fumadoras desean dejar de fumar, mientras que un tercio ha intentado dejar el tabaco, al menos en tres ocasiones. Abandonar el hábito es difícil y pocas personas consiguen dejarlo sin intentarlo en varias ocasiones; las posibilidades de conseguirlo en un único intento se sitúan en el 1%. El 90% de las personas que deciden dejar de fumar lo hace por su cuenta. Solamente aquellos que lo intentan y recaen, después de varios intentos, decide buscar ayuda. Un porcentaje importante de ellos busca el consejo médico.^{32,34} Ver tabla 3 y 8 en anexos.

De los tratamientos no farmacológicos, el consejo médico es una herramienta útil, cuyo éxito puede ser de 2-4%, pero solo 35% de los médicos lo aplican.⁵ El personal de salud podría entonces participar de forma más activa con el simple consejo médico en el proceso de pasar a un individuo de una etapa pre-contemplativa a la contemplativa, o de preparación, motivando en el paciente la búsqueda y/o uso de métodos terapéuticos para lograr el abandono del tabaco. Ver algoritmo 3 en anexos.

El modelo trans-teórico, basado en las etapas de cambio pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento ha sido utilizado para evaluar la motivación de los fumadores para dejar de fumar. De acuerdo con DiClemente y Prochaska, el fumador puede encontrarse en alguna de las etapas mencionadas (Ver algoritmo 1 y 2 en anexos). En la etapa de pre-contemplación los

fumadores no desean ni planean dejar de fumar. En la etapa de contemplación, el fumador considera dejar de fumar en algún momento, aunque no ha decidido una fecha definida. En ambas etapas el consejo médico juega un papel central. En este tipo de pacientes la intervención más útil consiste en proporcionarle de manera continua información suficiente para incrementar la motivación y propiciar que empiecen a considerar la posibilidad real de dejar de fumar en el futuro próximo (30 días). A los fumadores que tienen la motivación para realizar un intento de dejar de fumar en los siguientes 30 días (etapa de preparación), se les debe ofrecer alguna de las modalidades de tratamiento disponibles.^{5,29,32}

La motivación es fundamental y es una variable clave en el proceso de dejar de fumar. Es el propio fumador el que puede dejar de fumar, los demás lo único que pueden hacer es ayudarlo a avanzar en el proceso para lograrlo. El reconocimiento por parte del propio fumador de que es él quien tiene que controlar el cambio, es el indicador más importante de éxito.

Algunos estudios muestran que una simple guía de ayuda para tomar la decisión de dejar de fumar mejora la información de los fumadores con respecto a los diferentes métodos para dejar de fumar y los induce a una actitud más proactiva, que incluso favorece, en los pacientes que la reciben el que se mantengan por más tiempo en abstinencia.^{5,29,32,33}

Múltiples Investigaciones clínicas han demostrado que una clave para dejar de fumar es que los intentos sean cíclicos.

Básicamente los procedimientos existentes para ayudar a dejar de fumar a las personas son: El Consejo Sanitario Antitabáquico, las terapias de sustitución de nicotina y otros tipos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.^{5,14,34}

Las restricciones de fumar en los lugares de trabajo limitan el consumo de tabaco, lo cual puede ser un significativo paso para dejar de fumar.^{7,8,10}

1.12 INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Se trata de una amplia variedad de intervenciones provenientes de diversos marcos psicológicos, fundamentalmente de teorías cognitivo-conductuales. Existen diferentes formas efectivas de ofrecer este apoyo, que se pueden proporcionar en forma individual, grupal o telefónico proactivo, sin embargo no hay evidencia de que haya diferencia en efectividad entre ellas, aunque se postula el ahorro de tiempo y costo en las grupales. Pueden ser más efectivas cuando se combinan varias modalidades. La intervención psicosocial es eficaz para el abandono y debe ser ofrecida al 100% de los pacientes.^{5,32,33} La diferencia entre intervención mínima e intervención intensiva radica únicamente en el tiempo y el número de sesiones. La intervención mínima se define como una sola

sesión de al menos tres minutos; por otro lado, la intervención intensiva consta de más de 4 sesiones, de al menos, 10 minutos cada una. En todas se aporta material informativo y todas ellas pueden ser dadas por el médico de Atención Primaria, entre otros. La efectividad está directamente relacionada con el tiempo y el número de sesiones.^{5,14,29,32,35}

1.12.1 Terapia motivacional (TM):

Esta breve modalidad de tratamiento se caracteriza por un enfoque empático, en donde el terapeuta ayuda a motivar al paciente, preguntándole sobre los pros y contras de conductas específicas, explorando las metas del paciente y las ambivalencias asociadas con alcanzar estas metas, y para el escuchar reflexivamente, la terapia motivacional ha demostrado una significativa eficacia en el tratamiento de la dependencia de sustancias.¹⁶ ver tabla 8 en anexos

1.12.2 Terapias Psicológicas:

Técnica de información y educación: Se utiliza en la modalidad de terapia de grupo. La persona que dirige la sesión influye como líder haciendo uso de su capacidad y habilidad para elevar la motivación, estimular la participación y generar adicionalmente en la interacción grupal.^{32, 39}

1.12.3 Técnica del aquí y el ahora:

Se trabaja con las personas a través del grupo, mediante las interrelaciones entre sus miembros; se hace énfasis en las relaciones intra-grupales, en el aquí y en el ahora. Esta técnica utiliza el pasado únicamente para entender el aquí y el ahora; se estimulan las relaciones positivas y se analizan los sentimientos negativos; se clarifican los patrones de comportamiento con el fin de modificar las actitudes, el comportamiento y los enfoques existenciales por medio de la auto-advertencia y las experiencias emocionales. Ver tabla 9 en anexos

1.12.4 La hipnosis Ericksoniana:

Hipnosis es el término aplicado a una forma única y compleja de comportamiento inusual pero normal que se puede inducir probablemente en todas las personas normales bajo condiciones convenientes y también en muchas personas que sufren de varios tipos de anormalidad. Es un estado psicológico especial, con ciertas cualidades fisiológicas, que se asemejan al sueño; está marcado por el funcionamiento del individuo a un nivel de conciencia distinto al ordinario. Este estado se caracteriza por un grado aumentado de receptividad y sensibilidad, en el cual a las percepciones internas se les da tanta importancia como generalmente se le da solo a la realidad externa. La hipnosis ericksoniana es una herramienta terapéutica muy útil que, manejada por profesionales clínicos capacitados en su uso, ofrece una alternativa importante para el tratamiento

de ciertas enfermedades y trastornos, entre los cuales se encuentran el tabaquismo y las adicciones. La hipnosis ericksoniana es una herramienta ampliamente reconocida para explorar la mente subconsciente, que descubre nuevas formas para resolver conflictos internos y manejar los obstáculos que se presentan en la vida. Es un tipo de terapia breve que ayuda al individuo a sustituir actitudes que mantienen el habito tabáquico por pensamientos y conductas más positivos y saludables. También sirve para reestructurar los pensamientos negativos (pensamientos de baja tolerancia a la frustración en cuanto al abandono, pensamientos de reproche por considerarse débil y padecer este habito y excusas con las que los fumadores se engañan a ellos mismos para justificar su adicción) se mantienen la adicción. Como cualquier otro tipo de hipnosis, solo se puede dar con el consentimiento del paciente.

1.13 TIPOS DE PSICOTERAPIA; INTERVENCIONES CONDUCTUALES:

1.13.1 Técnica cognitivo-conductual:

Se utiliza para el tratamiento de las dependencias físicas, psicológicas y sociales asociadas con el consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades de terapia grupal o de terapia individual. Esta técnica parte del enfoque cognitivo-conductual, cuyo objetivo es la reestructuración cognoscitiva. En ella se destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Las técnicas de reestructuración cognoscitiva identifican y modifican las cogniciones desadaptativas del paciente. Se destaca el papel perjudicial sobre la conducta y las emociones del paciente para sustituirlo por otras cogniciones más adecuadas. La reestructuración cognoscitiva identifica y modifica las cogniciones desadaptativas del paciente. Se destaca el papel perjudicial sobre la conducta y las emociones del paciente para sustituirlo por otras cogniciones más adecuadas. Ver tabla 8 y 9 en anexos

La reestructuración cognoscitiva se integra mediante diferentes técnicas (asertividad, motivación, auto-registros), pero esencialmente se nutre de los marcos teóricos cognoscitivos personales. En estos marcos se toman en cuenta los procesos cognitivos (la atención, la percepción, la interpretación de los estímulos, etc.) que mediante los estímulos y las respuestas que se dan y que son los que desencadenan un comportamiento desadaptado. Ver tabla 10 en anexos

Esta técnica busca lograr que el paciente modifique las conductas observadas y que se enfrente a sus percepciones y concepciones erróneas con el fin de lograr el cambio.

Las terapias cognitivas conductuales se orientan a: a) alterar los procesos cognitivos que produjeron las conductas de adaptación de los usuarios de sustancias, b) intervenir en la cadena

de eventos conductuales que resultaron en el uso de sustancias, c) ayudar a los pacientes a manejar eficazmente el ansia crónica o aguda de drogas, y d) promover y reforzar el desarrollo de capacidades sociales y conductas compatibles con quedar libre de drogas. El fundamento de la terapia cognitiva es la idea de que, al identificar y subsiguientemente modificar los patrones de pensamiento de adaptación, los pacientes pueden reducir o eliminar los sentimientos y comportamientos negativos (por ejemplo, el uso de sustancias).^{5,14,16,29,32,35}

1.14 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:

Un enfoque de tratamiento donde se utilizan técnicas cognitivas conductuales para ayudar a los pacientes a desarrollar un mayor autocontrol, y así evitar una recaída. Las estrategias específicas de prevención de recaídas incluyen discutir la ambivalencia, identificar los detonadores emocionales y del entorno del ansia y el uso de sustancias, y desarrollar y revisar estrategias específicas para manejar tensionantes internos o externos.¹⁶ ver tabla 10 en anexos

1.15 MODALIDADES DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS:

1.15.1 Terapia de Grupo

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

1.15.2 Terapia individual

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

1.15.3 Terapia familiar

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

Al dejar de fumar puede presentarse el síndrome de supresión de la nicotina, caracterizándose por disforia o depresión, insomnio, irritabilidad, frustración y enojo, inquietud, pereza, deseo o ansiedad por el tabaco, dificultad para concentrarse, bradicardia y aumento del apetito y de peso. El clímax de este síndrome se da durante los tres primeros días y disminuye en el transcurso de las siguientes 3 ó 4 semanas. El deseo de fumar puede durar meses, solo desaparece con el tiempo. Pueden presentarse casos de depresión, sobre todo entre los fumadores con antecedentes de esta enfermedad. En cuanto al peso corporal, al dejar de fumar se ganan en promedio de 4 y 5 kg. Pero el incremento puede controlarse con medidas dietéticas y ejercicio. Adicionalmente, el fumador debe de controlar los aspectos conductuales de la abstinencia.^{14,35}

1.16 TERAPIA FARMACOLÓGICA:

La razón para usar sustitutos de la nicotina es que estos disminuyen o evitan el síndrome de supresión de la misma. El potencial adictivo de los sustitutos es menor al del cigarrillo y estos sustitutos presentan la ventaja de estar libres de las otras sustancias tóxicas que contiene el humo de tabaco.⁵ Estas terapias son necesarias únicamente en pacientes con alta dependencia física. Dentro del tratamiento farmacológico se distinguen dos grupos: compuestos sin nicotina y terapia de reemplazo con nicotina (TRN). En el primer grupo destacan el tartrato de vareniclina, así como los medicamentos antidepresivos como el bupropión y la nortriptilina. Dentro de la TRN se encuentran los parches, gomas de mascar, tabletas sublinguales y orales, así como el aerosol nasal. En México se cuenta con una gama amplia de recursos terapéuticos para el tratamiento de la adicción a la nicotina.^{5,29,32,35}

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

Existe mucha evidencia sobre la eficacia y costo-efectividad de tratamientos farmacológicos, aplicados a todos los fumadores que desean dejar de fumar, salvo en aquellos casos en los que, por razón de edad o condición médica, este contraindicado. El tratamiento farmacológico es una

parte fundamental del abordaje terapéutico del tabaquismo, duplicando al menos las posibilidades de éxito cuando este se prescribe.⁵

La terapia sustitutiva con nicotina (TSN) consiste en la administración de nicotina por una vía diferente de la del consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia.^{29,32,35}

Entre las formas de presentación de la nicotina figuran las siguientes:

1.16.1 Parches de nicotina:

Los hay de 16 y 24 horas, variando las dosis desde 5 mg hasta 52.5 mg. Se requieren de 2 a 3 días para alcanzar en sangre los niveles eficaces.

En fumadores de más de 20 cigarrillos/día, se comenzara con la dosis máxima. En caso de fumar menos de 20 cigarrillos/día, se utilizará la mitad de la dosis. La duración es de 8 semanas (no mejora los resultados mantenerlo más tiempo). La reducción de la dosis puede realizarse tanto de forma brusca como gradual, no encontrándose que una tenga más éxito que otra.

La nicotina necesita aproximadamente unos 7 segundos para actuar sobre el cerebro, mediado fundamentalmente por la dopamina. Un cigarrillo contiene aproximadamente 0.5-1 mg de nicotina, de la que aproximadamente el 25% llega a la circulación sistémica del fumador pudiendo incrementarse la biodisponibilidad según la intensidad de aspiración. El tiempo de eliminación es de 2-3 horas, de forma que su consumo regular motivaría que se acumulasen niveles de nicotina durante 6-8 horas.

Es importante informar del uso correcto (tipo de parche y forma de aplicación), para facilitar la adhesión al tratamiento y evitar efectos adversos posibles.

El parche se debe adherir a una zona limpia de la piel, sin vello, colocándolo por la mañana al levantarse y retirándolo al acostarse si se trata de un parche de 16 horas, o al siguiente día si es de 24 horas. Este último parche es muy útil en pacientes que presentan síntomas importantes al levantarse. Se recomienda cambiar de sitio de aplicación todos los días para evitar aparición de efectos adversos locales.

La TSN reduce los síntomas de abstinencia en los fumadores que dejan de fumar y es eficaz como tratamiento de deshabituación.^{5,29,32,35}

Ver presentaciones de los parches en anexos tabla 4

Efectos secundarios de los parches de nicotina:

Pueden presentarse reacciones en el lugar de aplicación, como erupciones, hinchazón, ardor y sensación de comezón transitoria que generalmente desaparecen en un día. La mayoría de las reacciones tóxicas son menores y se resuelven rápidamente al quitar el parche. En raras ocasiones se ha tenido noticia de reacciones alérgicas de la piel. Es muy poco probable que aparezca una reacción más severa.

Las reacciones adversas que se han presentado con más frecuencia son: ligeros disturbios del sueño, insomnio, náuseas, ligero trastorno estomacal (dispepsia, constipación), tos, irritación de garganta, sequedad de boca, síntomas de gripe, dolor muscular (mialgia) y dolor articular (artralgia). Estos efectos son muy similares a los relacionados con la acción farmacológica de la nicotina. Ver tabla 6 en anexos

Advertencias:

En caso de: pacientes con dermatitis, alergias en la piel, enfermedades del corazón (por ejemplo, angina, apoplejía, arritmia, enfermedad severa vascular periférica, infarto reciente al miocardio), enfermedades de la tiroides u otras glándulas, del hígado o del riñón, pacientes con úlcera péptica, problemas circulatorios, presión arterial alta, diabetes o que estén bajo tratamiento con otros medicamentos como cafeína, teofilina, imipramina, pentazocina, insulina o medicamentos para la hipertensión. En cualquiera de los casos habrá que informar a su médico tratante con la finalidad que ajuste la dosis según sea el caso.

Los parches de nicotina no deben emplearse simultáneamente con otro producto que contenga nicotina, en menores de 18 años, ni durante el embarazo y la lactancia (los efectos dañinos de las sustancias tóxicas y la nicotina del cigarro en la salud de la madre y del feto han sido claramente demostrados).

-a menos que se utilice bajo estricta vigilancia médica. El parche de nicotina se puede utilizar en pacientes con enfermedades cardíacas y en mujeres embarazadas que consumen 20 cigarrillos o más diariamente y a los que las terapias conductuales no les han funcionado. Dado que no se debe fumar ningún cigarro ni tomar nicotina de ninguna otra forma durante todo el tiempo que dure el tratamiento con los parches de nicotina, los fumadores deben comprometerse a dejar de fumar antes de usar esta TRN.

En algunos casos necesarios es posible combinar el uso de parches de nicotina con alguna otra modalidad de presentación de la nicotina de absorción más rápida (chicles o caramelos) en pacientes que muestran un alto nivel de dependencia a la nicotina, o que hayan fracasado en un intento previo con una sola forma de administración de nicotina.

1.16.2 Inhalador Bucal de Nicotina

El inhalador bucal de nicotina Nicorette es una boquilla y un cartucho impregnado de nicotina con sabor a mentol, diseñado para utilizarse de igual manera que un cigarro. Se sabe que algunos fumadores lo prefieren debido a que el efecto de utilizarlo en la mano con los mismos movimientos con que se toma el cigarro puede compensar el deseo de tenerlo. Cada cartucho contiene 10 mg de nicotina, pero solo la mitad está disponible para ser inhalada. Una inhalación suministra 13 mg de nicotina, lo cual representa en total 1/80 de la cantidad de nicotina liberada en la inhalación de un cigarro promedio. Este dispositivo no solo libera nicotina para aliviar la ansiedad, sin que además mantiene la mano ocupada sustituir el movimiento regular de llevar el cigarro a la boca, de tal manera que sustituye el acto de fumar, es la única forma de TRN que trata directamente la dependencia fisiológica y de conducta del habito tabáquico. La dosis es flexible y permite el suministro de nicotina cuando y como se necesite; además, ayuda a minimizar la transición de fumar a no fumar.

Advertencia y efectos secundarios:

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

En términos generales, la utilización de las TRN es más segura que fumar. Al decidir utilizar una TRN se debe estar consciente de que la nicotina administrada por medio de estas terapias se suministra de manera diferente a la del cigarro. Por esta razón, puede presentarse efectos secundarios que pasan en pocos días, pues el organismo se adapta rápidamente a la nueva forma de suministro.^{5,29,32,35}

1.16.3 Chicle y/o Comprimidos de nicotina:

Se aconseja 1 ó 2 comprimidos chupados cada hora durante 6-8 semanas y reducir progresivamente hasta cumplir 12 semanas de tratamiento. Los comprimidos de 1 mg son equivalentes a los chicles de 2 mg y los comprimidos de de 2 mg a los chicles de 4 mg.

Forma de uso de chicles y comprimidos:

El primer día en que el fumador comienza a consumir los chicles tiene que jedar de fumar. Mascara el chicle durante un periodo de 20-30 minutos y no más de 20 piezas diarias (de los de 4 mg). En el caso del comprimido no masticarlo ni morderlo, solo chuparlo.

Es importante advertir que la absorción es lenta y que se produce sólo por mucosa oral. Por tanto, no debe ser deglutido, puesto que se perderían sus propiedades terapéuticas y aumentarían los efectos indeseables.

Masticar o chupar lentamente y en el momento en que note un sabor diferente del habitual (picante) o un leve hormigueo en los labios, deberá dejar de masticar o chupar, colocando la pieza debajo de la lengua o bien en las partes laterales de la boca, hasta que desaparezca el sabor a nicotina, momento en el que el paciente comenzará de nuevo el ciclo masticar o chupar-descansar. Se debe desechar la pieza a los 30 minutos.

La administración del chicle o comprimido puede realizarse a demanda (cuando el paciente sienta deseos de fumar) o bien de forma pautada (un chicle cada hora).

La duración del tratamiento se aconseja que sea entre 8 y 12 semanas.

Ver presentaciones orales de la nicotina en anexos tabla 5

La elección debe depender de las comorbilidades asociadas, los efectos adversos, la experiencia del profesional, las preferencias del usuario, la disponibilidad y el costo.³⁵

La combinación de parches de nicotina con otras terapias sustitutivas (chicle, comprimido o spray nasal) es más efectiva que la monoterapia. Se puede utilizar terapia combinada en caso de fracaso con una sola presentación, alto nivel de dependencia y comorbilidades severas.

Los ensayos realizados han demostrado que la terapia combinada de nicotina es más eficaz que cada una de ellas por separado.

En pacientes con enfermedad cardiovascular estable, se han mostrado seguros el uso de parches y spray nasal.

No hay suficiente evidencia para concluir que una forma de tratamiento sustitutiva de nicotina sea mejor que otra.

Ver efectos adversos del uso de TSN en anexos tabla 6

1.16.4 Antidepresivos:

Solo el bupropión y la nortriptilina han demostrado eficacia en el tratamiento a la deshabituación al tabaco a largo plazo. No lo han demostrado los Inhibidores Selectivos a la Recaptación de la Serotonina.^{5,29,32,35,36}

La nortriptilina se considera en la actualidad un fármaco de segunda línea en el tratamiento del tabaquismo. Algunas evidencias sugieren que es independiente de su efecto antidepresivo.

Se recomienda comenzar con 25 mg/día e ir incrementando hasta alcanzar una dosis de 75 a 100 mg/día en dos o tres dosis, con una duración del tratamiento de 12 semanas.

Presenta múltiples efectos indeseables y no se encuentra en la actualidad entre las indicaciones de este fármaco.

Bupropión

El bupropión actúa inhibiendo de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y de dopamina y en menor proporción de serotonina, ejerciendo una acción similar a la de la nicotina.

El uso de 300 mg diarios de bupropión da como resultado 23 a 30% de abstinencia anual; se ha observado que este tiene efecto adictivo cuando se usa en combinación con los parches de nicotina.³⁹

El tratamiento con bupropión se inicia con un comprimido de 150mg tomado por la mañana durante 6 días. A partir del séptimo día el paciente tomara 1 comprimido por la mañana y otro por la tarde (8 horas después). Deberá dejar de fumar en un día prefijado de la segunda semana del tratamiento. Inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y de dopamina y en menor proporción de serotonina, aumentando los niveles de estas sustancias en los núcleos accumbens y ceruleus y “simulando” la acción de la nicotina. El incremento de los niveles de dopamina en el núcleo accumbens produce efectos placenteros y el aumento de noradrenalina a nivel del núcleo ceruleus disminuye la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia.

No debe emplearse en pacientes con antecedentes o riesgo de epilepsia. Está contraindicado en pacientes con cirrosis hepática, hipersensibilidad al fármaco o uso concomitante de IMAO (hasta pasadas 2 semanas de su suspensión). No debe usarse en pacientes que estén tomando tranquilizantes, ansiolíticos o antidepresivos, ni en pacientes alcohólicos, bulímicos, anoréxicos o con antecedentes de epilepsia o trauma cefálico.

En relación con la ganancia de peso que experimentan los fumadores cuando abandonan el hábito, se ha demostrado que cuando han sido tratados con bupropión, esta ganancia es menor.

Los efectos adversos más frecuentes son el insomnio (este se minimiza tomando la segunda dosis por la tarde) y la sequedad de boca. Un efecto adverso importante es el riesgo de convulsiones (1/1000 casos) que se minimiza no superando la dosis recomendada y teniendo especial precaución en pacientes con una o más condiciones que predisponen a la aparición de convulsiones.⁵

Ver efectos adversos del bupropión en anexos. Tabla 7

1.16.1 Vareniclina

Es un agonista parcial del receptor nicotínico de la acetilcolina que se describe como el responsable de los efectos de refuerzo de la nicotina, mediado por el recambio y la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. Reduce el deseo de fumar del paciente y los efectos de refuerzo positivo que se producen al fumar. También disminuye los síntomas de abstinencia.

En los pacientes tratados con vareniclina se incrementa hasta tres veces las posibilidades de abstinencia a largo plazo, comparado con no aplicar tratamiento farmacológico al realizar un intento para dejar de fumar.

El tratamiento con vareniclina se inicia entre 1 y 2 semanas antes de la fecha en la que se ha fijado el abandono, con un comprimido de 0.5 mg al día durante 3 días, seguido de otros 4 días en los que el paciente tomará un comprimido de 0.5 mg dos veces al día. A continuación el paciente debe tomar un comprimido de 1 mg dos veces al día hasta el final del tratamiento.

No se debe favorecer ninguno de los tratamientos sobre los otros. El médico y el paciente deben elegir la opción que sea más apropiada. La elección del fármaco estará basada en las características clínicas y preferencia del fumador.

Las situaciones de excepción a contemplar son: el consumo menor de 10 cigarrillos/día, la presencia de contraindicación médica, el embarazo, la lactancia o la adolescencia, cardiopatía isquémica reciente, hipertensión arterial no controlada, hipertiroidismo no controlado.

Modo de empleo:

Al igual que el resto de los tratamientos farmacológicos, los pacientes que inicien el tratamiento con vareniclina deben estar motivados para dejar de fumar y recibir apoyo motivacional adicional.

La toma de vareniclina debe iniciarse entre 1 y 2 semanas antes de la fecha en la que se ha fijado el abandono. Por lo tanto, se debe establecer el día del abandono antes del inicio del tratamiento.

El tratamiento se inicia de la siguiente forma:

-Día 1-3: 0,5 mg una vez al día

-Día 4-7: 0,5 mg dos veces al día

-Día 8- fin de tratamiento: 1 mg dos veces al día.

La duración del tratamiento es de 12 semanas.

En los pacientes que al final de las 12 semanas hayan conseguido dejar de fumar con éxito, puede considerarse un tratamiento adicional de 12 semanas con vareniclina a una dosis de 1 mg dos veces al día.

No existe información de la eficacia del tratamiento adicional de 12 semanas en los pacientes que no consiguen dejar de fumar durante la terapia inicial o que tienen una recaída después del tratamiento.

Los efectos indeseables más frecuentes encontrados con vareniclina son: náuseas (28%) de intensidad leve a moderada, y que van disminuyendo con el tiempo y en menor proporción flatulencia, estreñimiento y sueños anormales.

Recientemente se ha añadido la recomendación por parte de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) de tener especial precaución con este fármaco en los pacientes que presentan alteraciones psiquiátricas subyacentes, ya que tras la comercialización del fármaco en Europa, se ha notificado casos de síntomas depresivos que incluían ideación/comportamiento suicida en pacientes que recibían vareniclina. Dado que el hecho de dejar de fumar se puede asociar con síntomas depresivos y estos pueden incluir la ideación o intento de suicidio, es difícil conocer si esta sintomatología puede deberse al medicamento, a la situación de dejar de fumar o ambos factores. De cualquier forma, en el caso de que apareciesen ideaciones o comportamientos suicidas, debe suspenderse el tratamiento inmediatamente.

Presentaciones:

Champix 0.5 mg/Comp. X 11 Comp. Y 1 mg. /Comp. X 14 Comp.

Champix 1 mg/Comp. X 28 comprimidos

Champix 1 mg/Comp. X 56 comprimidos

Champix 0.5 mg/Comp. X 56 comprimidos

1.16.6 Otros Fármacos:

Existe insuficiente evidencia para otros fármacos como el antagonista nicotínico (mecamilamina), opioides (naltrexona), acetato de plata o agonista parcial nicotínico (lobelina).

1.16.6.1 Vacunas e inmuno-moduladores:

El empleo de vacunas o, mejor dicho, de moléculas inmunomoduladoras promete ser un área de desarrollo futuro en el campo de las adicciones. Estos medicamentos reducen el recambio de dopamina del sistema mesolímbico cerebral, específicamente en el núcleo accumbens, por lo que se supone que podrían reducir la conducta de búsqueda de nicotina después de la administración de nicotina en sujetos adictos. El mecanismo por el cual se logra el efecto es estimulando la producción de anticuerpos contra un conjugado proteínico que contiene nicotina; la presencia de los anticuerpos limita la cantidad de nicotina que penetra en el cerebro, con lo cual se reduce la respuesta psicofarmacológica a la nicotina.⁵

1.16.6.2 Ansiolíticos:

No hay evidencia consistente en que los ansiolíticos sean efectivos en la deshabituación tabáquica.

1.16.6.3 Clonidina:

Se considera junto con la nortriptilina los dos fármacos de segunda línea en el tratamiento del tabaquismo. Múltiples efectos indeseables limitan su utilidad en Atención Primaria.

1.16.7 Otros tratamientos:

1.16.7.1 Acupuntura:

No existe evidencia consistente en que la acupuntura, la acupresión, la laserterapia o la electroestimulación sean efectivos para dejar de fumar.⁵

1.16.7.2 Hipnoterapia:

Hay opiniones a favor de su uso, actualmente se está usando con buenos resultados en el Instituto Politécnico Nacional en México. Sin embargo no existe suficiente evidencia que confirme que sea mejor método terapéutico sobre los otros métodos mencionados.

1.17 IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO. Ver tabla 12-23 en anexos

El 26 de febrero de 2004, la Cámara de senadores aprobó la LGCT. Los objetivos primordiales de la ley en términos de salud pública son: reducir la prevalencia del consumo de tabaco en la población mexicana, así como reducir la exposición al humo de tabaco.^{7,8,20,37}

1.17.1 Prevención del inicio del consumo

La ONCT establecerá estrategias en los niveles de gobierno correspondientes para implementar las medidas pertinentes que permitan el cumplimiento de las metas relacionadas con el tema del inicio del consumo, reducción del consumo y espacios libres de humo.

En la actualidad el comportamiento de la epidemia del tabaquismo en la población mexicana revela los siguientes datos:

- ⊗ Incremento en niños y adolescentes.
- ⊗ Cada vez más productos dirigidos a las mujeres y mayor consumo por parte de estas.
- ⊗ Estabilidad en la prevalencia durante por lo menos los últimos 15 años.
- ⊗ Mayor consumo en adolescentes.
- ⊗ Alta intervención de la industria tabacalera para obstaculizar la implementación e instrumentación de políticas públicas.^{7,8,20,38,39}

Sabemos que la industria tabacalera ha centrado su atención en los jóvenes para “reemplazar” a los fumadores que fuman o mueren. Aun cuando cualquier persona que se expone al humo de tabaco puede desarrollar la adicción, las personas que no se han iniciado en el consumo antes de los 21 años, difícilmente comenzara a fumar.^{38,39}

Los adolescentes que experimentan con una sustancia tan altamente adictiva como es la nicotina están en riesgo de desarrollar la adicción de por vida. Los niños más pequeños que experimentan con el tabaco, constituyen la población más vulnerable y son los que muestran mayor probabilidad de convertirse en fumadores regulares y con menores probabilidades de abandonar el tabaco.³⁸

Por lo que las medidas necesarias de implementar girarán en torno a prevenir el inicio en el consumo en niños, adolescentes y mujeres.^{7,8,20,37,38,39}

1.17.2 Reducción del consumo de productos del tabaco

En el ámbito internacional es reconocido el impacto de diversas medidas de aplicación de políticas públicas y su impacto directo sobre la tasa de consumo de productos del tabaco. En este sentido, la experiencia señala las ventajas de una política fiscal adecuada, en especial destaca el aumento de los impuestos al tabaco como la medida más efectiva para reducir el consumo. Lo que disminuye la accesibilidad de los cigarrillos especialmente entre los más jóvenes y grupos de bajos ingresos.^{7,20}

Un incremento de 70% en el precio del tabaco, reduce una cuarta parte el número de muertes relacionadas con el tabaco incrementa los ingresos fiscales. En algunos países se utilizan los recursos provenientes del incremento de los impuestos al tabaco para la implementación del programa de control.

Uno de los aspectos centrales en materia de implementación de políticas públicas para el control del tabaco es lo relacionado con el acceso de los pacientes a los diferentes tratamientos para dejar de fumar. La responsabilidad de coordinar que los servicios de ayuda para dejar de fumar sean ofrecidos apropiadamente recae en el Sistema Nacional de Salud.^{7,20,33,35,37}

1.17.3 Estrategias de comunicación y difusión

La comunicación de los riesgos para la salud derivados del consumo de tabaco resulta de primordial importancia como estrategia de concienciación en los sectores de la sociedad civil. A pesar de las evidencias disponibles en la actualidad, llama la atención que sean relativamente pocos los consumidores que tomen en cuenta los riesgos para su salud que implica el tabaquismo. La mayoría de las personas conocen los riesgos para la salud que implica el tabaquismo, sin embargo, se le sigue percibiendo como un “mal hábito”.⁷

Estamos conscientes de las acciones de la industria tabacalera para minar el impacto de las medidas encaminadas de control del tabaco. Dichas estrategias impactan sobre la opinión pública, creando confusión, controversia y falso debate, como el supuesto “derecho a fumar” o coartación de la “libertad de decisión”. Por esta razón se considera prioritaria por parte de la ONCT la implementación de estrategias efectivas de comunicación y difusión a través de todos los medios disponibles.^{7,37,38,39}

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En México, desde 1980 se han realizado estudios entre el personal de salud donde se ha detectado que el 37% de sus trabajadores fumaban habitualmente. Puente realizó una encuesta entre los médicos de siete hospitales de tercer nivel, encontrando que 70% de ellos habían fumado alguna vez en la vida. Reportes mas reciente sugieren que la prevalencia de tabaquismo es más alta en los médicos que en la población general.^{11,15,17} En nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social realizó en 1994 un estudio y reportó una prevalencia de tabaquismo de 25.3 %; en otro estudio en el 2004 la prevalencia fue de 29 %; en 1997, en los Institutos Nacionales de Salud fue de 22 % (en población general era de 26.4 %). En 1998, la Universidad de Guanajuato, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, informaron una prevalencia de 43.1 % en médicos y de 29.3 % en enfermeras (en población general era de 27.7 %). El Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2000 registró 16 % de prevalencia en médicos y 12.5 % en enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuernavaca, Morelos.

Ya en diversos estudios se ha analizado la prevalencia y frecuencia de factores de riesgo cardiovascular modificables en los médicos y en el resto del personal del equipo de salud. En un alto porcentaje de los mismos se ha encontrado sobrepeso, obesidad, sedentarismo, adicción al tabaco y bebidas alcohólicas.^{8,15,20} Varios estudios han comprobado que la prevalencia de hábitos nocivos para la salud en el personal sanitario no difiere mucho con respecto a la población en general, mas aun el estrés laboral al que es sometido el personal de salud continuamente es un factor de riesgo agregado para el desarrollo de ECNT con todas sus consecuencias a largo plazo.^{2,15}

En un estudio realizado los profesionales de la salud en los estados de Morelos y Guanajuato se encontró la mayor prevalencia de tabaquismo en comparación con los profesionales de otras disciplinas, al separarlos por profesión se encontró que los médicos ocupaban un mayor porcentaje (43.1%) de tabaquismo en comparación con las enfermeras (29.3%).¹⁷ Actualmente se ha incrementado la tendencia de consumo en profesionales de la salud, tanto en hombres como en mujeres, y tiende a igualarse cuando hace cinco años era mayor en hombres debido a la mayor tolerancia social y al estrés laboral, que ha aumentado en la mujer debido a su “doble jornada laboral” (trabajo y hogar). Sin embargo, la médica o profesional de la salud tiende a disminuir el

consumo después de la quinta década de la vida, probablemente por mayor conciencia en el autocuidado de la salud.

Conocer la frecuencia del tabaquismo entre los médicos es importante por varias razones: los médicos constituyen el medio más importante para la prevención y el tratamiento de esta dependencia, tienen la autoridad que les da el conocimiento científico, comunican un mensaje de salud y desempeñan un papel importante ante la población. Los profesionales de la salud son líderes en la promoción de estilos de vida saludables debido a su influencia en los usuarios de los servicios de salud. La elevada prevalencia de tabaquismo en el personal de la salud va en contra del profesionalismo y la ética de estos trabajadores, sin embargo se puede explicar en parte por la falta de acciones específicas de prevención y control de tabaquismo en las instituciones de salud.

El médico, a través de sus consejos y actitudes, debe ser ejemplo para sus pacientes, para estimularlos y ayudarlos a adoptar hábitos de vida saludables y de esta manera evitar el desarrollo de enfermedades. Los pacientes, al observar que sus médicos fuman, pueden interpretar erróneamente que el tabaquismo no es perjudicial para la salud, de modo que es importante que los médicos abandonen el consumo de tabaco por la influencia que ejercen naturalmente sobre sus pacientes.^{11,17}

En algunos estudios ha sido posible comprobar cómo los médicos no fumadores, así como los ex-fumadores brindaban con mayor énfasis y frecuencia el consejo antibaquéico.^{1,11,17} El papel de los profesionales de la salud, y en particular el de los médicos, resulta de especial relevancia en este sentido; aquellos fumadores decididos y motivados a dejar de fumar incrementan sus probabilidades de éxito si esta decisión se encuentra reforzada por el consejo médico.^{15,17}

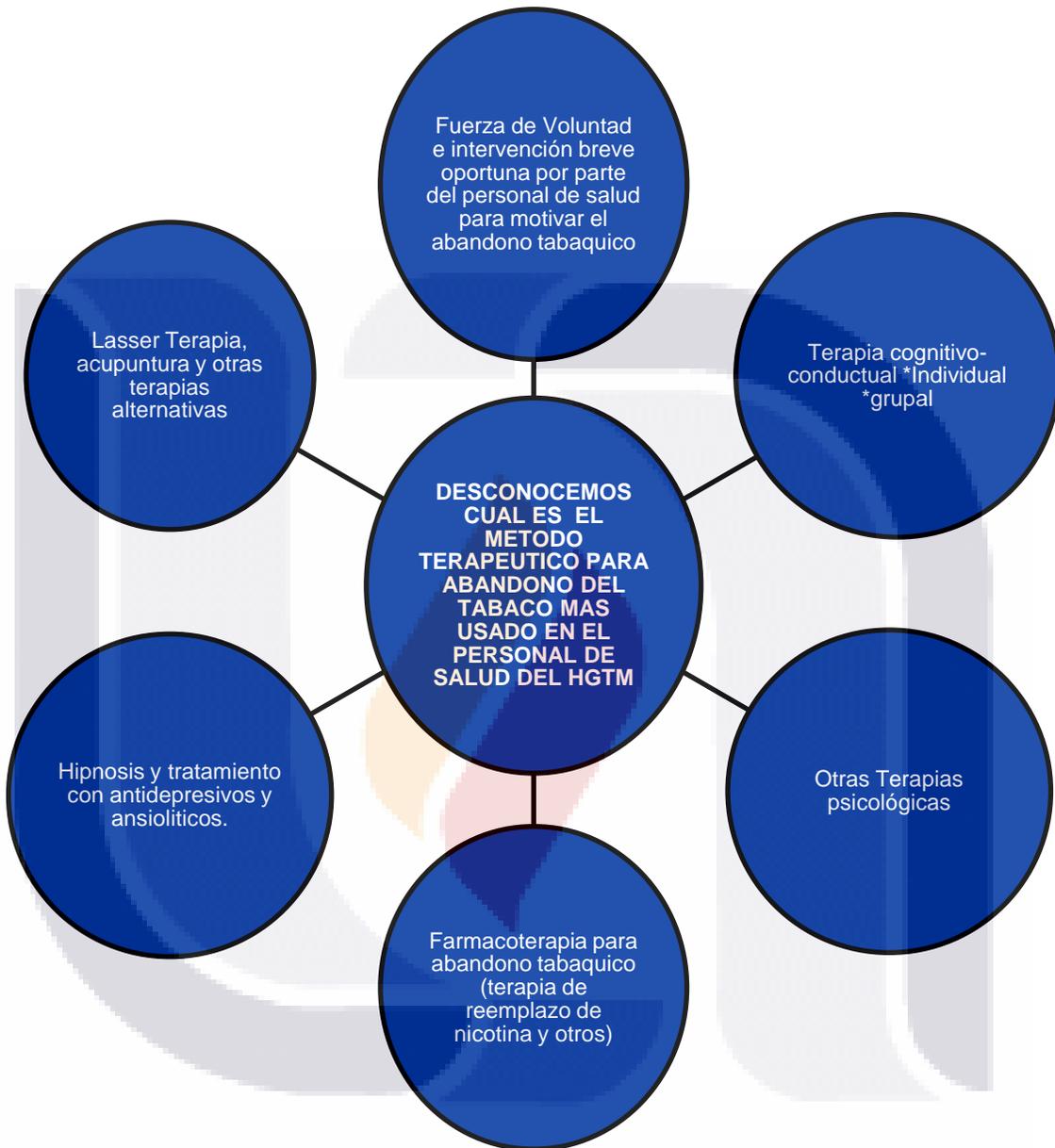
Tomando en cuenta la extensa información que existe sobre la prevalencia de tabaquismo en el personal de salud, la importancia de la intervención oportuna tanto por el médico como el resto del personal de salud, así como lo ineficaz que esta intervención puede ser, si la actitud del personal de la salud hacia el tabaco es pasiva, permisiva o errónea, sea por desconocimiento de la eficacia del consejo médico, de las distintas estrategias de abandono tabáquico o por resistencia al cambio; en aquellos trabajadores de la salud que se suman a la estadística del tabaquismo. Es de suponerse que el personal de la salud con el perfil con que fue formado, tendría mayor herramientas para enfrentar esta enfermedad en su práctica diaria, pero principalmente en su persona, así como también podríamos suponer que conociendo las repercusiones negativas y alto impacto en la salud que tiene la práctica del tabaquismo, resistirían iniciarse en dicha práctica, así como buscarían de forma inmediata suspender definitivamente el uso del tabaco aquellos que ya tienen este hábito. Sin embargo esto aún está lejos de convertirse en una realidad, pues si tomamos en cuenta que el mismo personal de la salud se encuentra inmerso en un ambiente

laboral lleno de tensiones, exigencias y de la misma presión social a la cual se ve expuesto de forma continua e intensa (ya que los mismos compañeros de trabajo invitan a otros de forma insistente a iniciarse en esta práctica) disfrazado como una forma de liberar el estrés y ansiedad, la cual todos presentan en un momento dado y en ocasiones de forma recurrente, como respuesta involuntaria ante las exigencias diarias del trabajo. Motivo por el cual los profesionales de la salud presentan mayor incidencia y prevalencia de tabaquismo. Y al igual que la población en general el abandono tabáquico surge como respuesta al presentar alguna de las patologías vinculadas con el tabaquismo. Por lo que puedo deducir que el contar con información extensa y bien fundamentada sobre un problema de salud, no motiva cambios en la actitud, ni propicia el abandono de hábitos nocivos para la salud.

Esperaríamos encontrar en el trabajador de la salud, una actitud dispuesta al cambio, buscando por si mismo las herramientas necesarias para lograr abandonar el habito del tabaco, de forma efectiva y definitiva, y si esto si ocurre en nuestra unidad de salud el HGTM, entonces sería conveniente conocer esas estrategias de las cuales nuestro personal echa mano para lograr el abandono del cigarro, con la finalidad de identificar cuales estrategias son más efectivas.

Desconocemos en el profesional de la salud cual es el método más utilizado para lograr el abandono del habito tabáquico. Esto es importante ya que nos permitirá analizar su efectividad y aplicabilidad del mismo, permitiéndonos posteriormente implementar estrategias adecuadas a este gremio tan peculiar, que de igual manera precisa de estrategias que le permitan tener una mejor calidad de vida y un ambiente laboral saludable.

2.2 ANÁLISIS DEL PROBLEMA



2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué método terapéutico para deshabituación tabáquica en fumadores y exfumadores es más usado por el personal de salud que labora en el Hospital General Tercer Milenio?

III OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar en fumadores y exfumadores los métodos terapéuticos más usados para deshabituación tabáquica, en el personal de salud que labora en el HGTM del estado de Aguascalientes

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ⊗ Conocer la prevalencia de tabaquismo en el personal de salud que labora en el hospital general tercer milenio.
- ⊗ Conocer la actitud en fumadores, exfumadores y no fumadores de tabaquismo en el personal de salud que labora en el hospital general tercer milenio.
- ⊗ Conocer en que genero y grupo etáreo existe mayor prevalencia de tabaquismo y de abandono tabáquico en personal de salud que labora en el hospital general tercer milenio
- ⊗ Valorar la actitud al cambio en el grupo de fumadores en el personal de salud que labora en el hospital general tercer milenio
- ⊗ Identificar el nivel de conocimiento que existe en el personal de salud que labora en el HGTM sobre la ley general para el control del tabaco y sus diferencias en el personal de salud que labora en el hospital general tercer milenio entre fumadores y no fumadores
- ⊗ Descubrir la presencia de depresión y ansiedad en la población sanitaria como factor de prevalencia de tabaquismo entre fumadores y factor de riesgo de recaída en ex-fumadores.

IV HIPÓTESIS:

4.1 HIPÓTESIS ALTERNA

Ha: Dentro de los métodos terapéuticos más usados para deshabituación tabáquica, en el personal de salud que labora en el HGTM del estado de Aguascalientes, es la terapia farmacológica de reemplazo de nicotina.

4.2 HIPÓTESIS NULA

Ho: Los métodos terapéuticos más usados para deshabituación tabáquica, en el personal de salud que labora en el HGTM del estado de Aguascalientes, no es la terapia farmacológica de reemplazo de nicotina.

V MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

5.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo y transversal

5.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Se llevo a cabo con el personal de salud (médicos, enfermeros y personal de apoyo; nutriólogos e inhaloterapistas) que aparecen en la plantilla 2008) y que laboran en el HGTM del estado de Aguascalientes. Sin excluir algún área o turno en el que se desempeñan.

5.3 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

- a) **VARIABLE DEPENDIENTE:** Habito Tabáquico
- b) **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Terapia de para abandono tabáquico (farmacológica y no farmacológica)
- c) **CO- VARIABLES:**
 - ⊗ Numero de cigarrillos promedio por día: numero de cigarrillos fumados por día en fumadores (diarios y no diarios)
 - ⊗ Prevalencia de tabaquismo por educación, ajustada por edad: prevalencia ajustada por estandarización directa.
 - ⊗ Porcentaje de fumadores que dejaron de fumar en el último año: porcentaje de fumadores que fumaban hace un año que dejaron de fumar durante el último año.
 - ⊗ Exposición al HAT (humo ambiental de tabaco): exposición en forma habitual, sin intervalo de tiempo de referencia.

5.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (VER ANEXOS PAG. 68-70)

5.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

5.4.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El Hospital General Tercer Milenio del Estado de Aguascalientes cuenta con una población de 414 trabajadores, distribuidos en las distintas áreas y turnos, de estos 105 son médicos, 152 Enfermeras y 7 personas que laboran en el área de la salud en los segmentos de: psicología, inhaloterapia y nutrición. Se busco censar a los trabajadores de la salud (265), sin embargo solo fue posible censar al 80% (211), de estos 57 personas (28%) refirieron tabaquismo activo. Se entregaron los cuestionarios a aquellas personas que desearan participar.

No se realizo muestreo debido a que por factibilidad del investigador se puede evaluar al 100 % de la población blanco.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todo aquel personal de salud que desee participar en nuestro estudio
- Se definirá como fumador activo a toda persona que cuenten con tabaquismo de 1 año o más de evolución y/o haya fumado 100 cigarrillos en su vida
- Se definirá como fumador al sujeto que consuma con regularidad mínimo un cigarrillo al día o 4cada semana, y que tenga un mínimo de 12 meses de hacerlo a la fecha en que se inicia el estudio, o bien consuma 5 o más cigarrillos por día en los últimos 2 meses.

5.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluirá del estudio aquel personal de salud que no se encuentre laborando en el hospital durante los días en que se llevo a cabo este estudio, sea por motivos de incapacidad, vacaciones y/o simplemente no se le hubiera encontrado laborando los días en que se aplico el cuestionario.
- Se excluirá de nuestro universo de estudio aquel personal de salud que no se encuentre su nombre en la plantilla 2008.

5.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Todas las enfermeras y médicos que no acepten participar en el estudio.
- Se eliminarán de nuestro universo de estudio aquel personal de salud que no conteste el cuestionario auto-aplicado.
- Se eliminará de nuestro universo de estudio a aquel personal de salud que no entregue el cuestionario en el tiempo establecido.



5.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

5.6.1 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

- ☒ Se construyó una cedula de recolección de datos para el estudio y se obtuvo datos de la ficha de identificación personal, antecedentes heredofamiliares de tabaquismo y enfermedades asociadas al mismo, así como datos personales de enfermedades crónico-degenerativo, exposición temprana al humo de tabaco ajeno, entre otros.

VER CUESTIONARIO QUE SE USO PARA LA OBTENCION DE DATOS EN ANEXOS PAG. 83-91

- ☒ Además de lo anterior se valoró los siguientes aspectos:
 - ☒ Dependencia física, social y psicológica
 - ☒ Actitud al cambio
 - ☒ Depresión y ansiedad
 - ☒ Nivel de conocimiento sobre la LGCT.

5.7 LOGÍSTICA:

Se buscaba valorar al 100% del personal (265) sin embargo por criterios de selección solo se valoró al 40% a quienes se les entregó un cuestionario el cual sería de modalidad autoaplicada, de los cuales solo el 33% (87 personas) lo contestaron y entregaron en el tiempo establecido.

La encuesta que se diseñó para aplicación en la población en estudio, previamente se puso a consenso con los expertos en la materia; médicos que revisaron la redacción y comprensión de las preguntas, revisado por el investigador de la tesis, por la psicóloga encargada de la clínica de tabaquismo en el HGTM y por el CEPRAD. Todos ellos dieron sus aportaciones para que el diseño de esta encuesta fuera adecuado y de fácil comprensión de las preguntas para el encuestado. Aprobando la aplicación de la misma el día viernes 16 de enero del 2009 y se comenzó a aplicar a partir del día sábado 17 de enero, una vez realizadas todas las correcciones sugeridas por los expertos en la materia.

Se entregaron un total de 105 (40%) encuestas entre el personal de salud entre los días 17-21 de enero, empezándose a recabar todas las encuestas entre los días 20-23 de enero (para esta fecha solo nos fueron entregadas 87 encuestas), se capturaron los datos obtenidos de las encuestas entre los días 23-26, iniciamos análisis de datos y cruce de las distintas variables entre los días: 26-03 de febrero, se analizan resultados y se inicia discusión de datos. 03-09 de febrero. Revisión de resultados y discusiones entre los días 11-26 de febrero del 2009, se realizan correcciones de redacción, ortografías y otras más sugeridas por el médico investigador y el titular de la materia.

Por medio del cuestionario autoaplicado se investigó la prevalencia de tabaquismo activo, suspendido hace menos de un año o hace más de un año. Así como también se identificó a los nunca fumadores.

Se elaboró un cuestionario autoaplicado el cual comprendía; ficha de identificación, datos del área donde se desenvuelve el sujeto en estudio, turno y nivel de estudios, antecedentes patológicos y heredofamiliares. Además tenía un apartado donde se encontraba la escala de Zung-Conde y la escala de Hamilton, 2 apartados donde se hallaba comprendida la mayoría de las preguntas sobre conocimiento sobre la ley general para control del tabaco, y actitud ante el tabaquismo. Dentro de estas preguntas se hallaban también preguntas del test de Fageström y Test de Richmond

Escalas y test aplicados y valores usados para estadificar el grado de afectación de cada individuo.

Test de Fageström		Test de Richmond		Escala de Zung-Conde		Escala de Hamilton	
0-3	Dependencia baja	0-6	Motivación baja	0-28	Ausencia de depresión	0-5	Ausencia de ansiedad
4-6	Dependencia moderada	7-9	Motivación moderada	28-42	Depresión leve	6-14	Ansiedad leve
7 ó mas	Dependencia grave	10	Motivación alta	43-53	Depresión moderada	15 ó mas	Ansiedad moderada-grave
				> 53	Depresión grave		

* Test de Fageström evalúa dependencia física a la nicotina

* Test de Richmond evalúa Motivación para dejar de fumar

*Escala de Zung-Conde identifica presencia de depresión

*Escala de Hamilton identifica la presencia de ansiedad

En total se aplicaron 4 test y los cuestionarios sobre conocimiento de la LGCT y actitud de la persona hacia el habito tabáquico.

Test de Fageström en el cual un puntaje por arriba de 4 nos indica la presencia de dependencia moderada a grave.

Test de Richmond en el cual un puntaje por arriba de 7 nos habla de una motivación moderada a alta. Lo cual es un factor importante para tener éxito en el abandono del cigarro.

Escala de Zung-Conde donde un puntaje por arriba de 28 nos habla de la presencia de depresión en los distintos estadios leve, moderada o grave.

Escala de Hamilton consta de 14 reactivos de los cuales el último fue omitido, pues esta pregunta debe ser contestada por el observador, ya que evalúa la conducta del entrevistado durante la aplicación de la encuesta, como en este caso el cuestionario fue de tipo autoaplicado y no fue posible observar su conducta, procedimos a anular este reactivo. De manera que una puntuación por arriba de 6 nos habla de la presencia de ansiedad leve, moderada o grave.

El conocimiento sobre la LGCT se evaluó con la primer parte del cuestionario el cual consta de 19 reactivos donde una puntuación menor de 10 es igual a 5 (mínimo conocimiento sobre la LGCT), 11-14 es igual a 7 (pobre o confuso conocimiento sobre la LGCT), 15-16 igual a 8: buen nivel de conocimiento sobre la aplicabilidad de la LGCT, 17-19 igual a 9-10: conoce muy bien la LGCT.

Para evaluar la actitud positiva hacia el tabaco se sumo la segunda parte del cuestionario la cual consta de 9 reactivos, al cuestionario de la página 3 el cual consta de 16 reactivos, ambos con afirmaciones a favor del tabaquismo, permitiéndonos evaluar la actitud hacia el tabaquismo activo, así también como hacia la exposición al humo de tabaco ambiental, el tabaquismo en jóvenes, tolerancia social, etc. Por lo que posterior a evaluar ambos cuestionarios y sumarlos se dedujo que aquellos que tuvieran una puntuación de 0-5 en el caso de los nunca expuestos es igual a bajo riesgo de iniciarse en el uso del cigarro, en los fumadores bajo riesgo de desarrollar dependencia y en el caso de los ex fumadores se traduce como bajo riesgo a recaídas, en los que tuvieron una calificación de 6-10 se traduce como riesgo moderado , de 11-15 riesgo alto y de 16-20 además de riesgo alto estaríamos hablando de una resistencia al abandono del cigarro muy alta.

5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la captura de datos en Excel, se realizaron análisis de datos de la siguiente manera:

- Estadística descriptiva, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.
- Estadística inferencial, se utilizaron análisis de variables con tablas de cruce (crosstabs) de las variables principales utilizando χ^2 , ya que todas las variables analizadas fueron cualitativas.

VI CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto de investigación se ajusta a las normas éticas para la investigación en seres humanos, de acuerdo a la Declaración de Helsinki 1964, enmendada en Tokio en 197, así como su última modificación de Edimburgo del 2002.

El estudio cumple los parámetros establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en el apartado de investigación. (Artículos del 1 al 27).

- ❑ No contraviene con las regulaciones internacionales de las buenas practica de investigación
- ❑ No se intervino en los participantes
- ❑ Se aseguro el anonimato de los datos.

VII Recursos para el estudio

Recursos humanos:

- Autores
- Asesores
- Personal de salud del HGTM.

Recursos materiales:

- Computadora con acceso a internet
- Impresora
- Hojas blancas
- Plumas y lápices
- Marcatextos

Recursos financieros:

- Financiados por los autores

VIII Resultados

De nuestra población en estudio tenemos como rango de edad una mínima 20 años, una máxima de 59, con una edad promedio de 35,41 y una desviación estándar de 10.62. La distribución por sexo fue la siguiente: para el género masculino 47.1 %, y para el grupo femenino 52.9%. Además encontramos que de nuestro universo de estudio 61% de ellos están casados, 31% son solteros, el restante 8 % comprende a las personas que son viudos, están divorciados, etc. Ver grafica 1 y 2 en anexos

De nuestra población encuestada la mayoría pertenecía al personal de enfermería, comprendiendo estos el 55.2%, 39.1% fueron médicos y el resto comprendía al personal de inhaloterapia y nutrición. El 41.4% de las personas encuestadas cuentan con una carrera técnica como nivel máximo de estudios, el resto del personal cuentan con una licenciatura y/o postgrado. Ver grafica 3 y 6 en anexos

La mayoría de nuestra población encuestada se hallaba comprendida en el turno nocturno (41%) y más del 50% del total de nuestro universo de estudio laboran en el área de medicina interna, urgencias y/o cirugía. Ver grafica 4 y 5 en anexos

En cuanto a presencia y prevalencia de tabaquismo tenemos una frecuencia de 38 personas con tabaquismo activo lo que representa al 43.7%, dentro del grupo de ex-fumadores tenemos a 18 personas, de las cuales 13 (72%) suspendieron el habito tabáquico hace más de un año, 5 personas (27.5%) suspendieron el habito tabáquico hace menos de 1 año, y entre el grupo de las personas que nunca han fumado tenemos a 31 personas, lo que representa al 35.6%. A este último grupo lo conoceremos también como el grupo no expuesto. Ver grafica 7 en anexos

De las personas con tabaquismo activo tenemos que 18 personas son del género masculino y 20 del género femenino. También pudimos observar que del total de personas casadas el 40% son fumadores activos, 35% nunca han fumado y el restante se halla comprendido por exfumadores. Además encontramos una mayor prevalencia de tabaquismo activo en las personas que son solteras llegando a ser de 44%. Ver grafica 8 y 9 en anexos

De las personas con tabaquismo activo 68.5% pertenecen al personal de enfermería, 25.5% son médicos y del total de personas con tabaquismo activo más del 50% labora en el aérea de medicina interna y urgencias. De las personas con tabaquismo tenemos que el 55% de ellos laboran en el turno nocturno, 24% en el turno matutino y el resto en el turno vespertino y jornada acumulada. Ver grafica 10 en anexos

En cuanto a los antecedentes personales patológicos pudimos observar la presencia de hipertensión arterial en el 28% de los exfumadores, 16% en los nunca fumadores y en 5.5% de los fumadores activos. Además pudimos encontrar como dato referido la presencia de cardiopatía isquémica en el 5.5% de la población con tabaquismo activo. La presencia de DM.2 es de 16.8% en el grupo de los exfumadores y de 10.6% en el grupo de fumadores activos y de 6.5% en los nunca fumadores. Ver grafica 11 en anexos

En lo que respecta a la presencia de tabaquismo en los familiares de primer orden de los encuestados tenemos que en el grupo de fumadores activos el 28% de las madres, 16% de los padres fuman. Entre los padres de las personas con tabaquismo activos encontramos mayor asociación con enfermedades crónicas degenerativas y cardiopatía isquémica. Sin embargo hallamos mayor presencia de antecedentes oncológicos en los padres del grupo de exfumadores.

Ver grafica 12 en anexos.

De las personas encuestadas entre fumadores y exfumadores al contestar la pregunta acerca de la edad en que probaron su primer cigarrillo más del 55% contestó que fue antes de los 20 años de edad, y de estos el 35% refieren que la edad de instalación del hábito tabáquico fue también antes de llegar a los 20 años. Ver grafica 13 y 14 en anexos.

Además pudimos observar que el 40% de las personas que son fumadores activos, reconocen en el cigarro un instrumento de sociabilización fundamental en su vida diaria, otros más refieren al cigarro como una herramienta eficaz para controlar la ansiedad, aunque llama la atención que refieren necesitarla para no sentirse mal y sin embargo en el espacio destinado dentro del cuestionario para que comentaran síntomas de abstinencia no comentan la presencia de ansiedad.

También pudimos observar que el uso del tabaco es usado como mecanismo para liberar el estrés ya que por medio de nuestra encuesta encontramos en la población con tabaquismo activo que alrededor del 77% admitieron fumar más cantidad de cigarrillos cuando se encuentran bajo presión, aumentado el consumo de los mismos casi un 50% de lo ordinario. Además de lo anterior se vio una clara prevalencia entre el grupo femenino, quienes ante situaciones de estrés recurren con más frecuencia al uso del cigarro.

La LGCT fue percibida por la mayoría de los fumadores como una medida ineficaz para reducir el consumo del cigarro tanto por adolescentes como por la población en general, sin embargo también pudimos constatar que en la mayoría de estas personas con mayor nivel de desconocimiento de la LGCT también se acompañó de una mayor resistencia al abandono del tabaco.

En cuanto a nivel de conocimiento y actitud positiva hacia el tabaco pudimos constatar que en el grupo con tabaquismo activo, prevalece una actitud más permisiva y de alta tolerancia hacia el tabaquismo pasivo, resistencia al cambio y una tendencia clara a justificar el uso continuado del tabaco, ya que minimizan sus efectos nocivos para la salud y resaltan sus cualidades relajantes.

Al valorar el nivel de conocimiento sobre las repercusiones del cigarro en el organismo, más del 90% de la población encuestada reconocen al tabaquismo como el principal factor de riesgo para cáncer, cardiopatías, enfisema y EPOC.

Todo esto nos permite distinguir claramente que para la prevalencia del uso del tabaco influyen múltiples factores desde el ambiente laboral, creencias y actitudes, y que el conocimiento mismo de las consecuencias del tabaquismo en la vida no es suficiente para promover un cambio.

Del total de nuestra población expuesta (fumadores y exfumadores) el 80% respondió a la pregunta que se refiere sobre método terapéutico mas empleado, teniendo que el 70% refiere haber empleado otro método terapéutico distinto de: método farmacológico, terapia educativa, psicoterapia individual, grupal y familiar, acupuntura, laserterapia, e hipnosis. Sin embargo en este rubro se les solicitaba que especificaran que tipo de método terapéutico habían usado, observándose que aproximadamente la mitad contestaron esta opción, refiriéndose la mayoría a la fuerza de voluntad y a la decisión propia, sin hacer uso de ningún otro método. Pudimos observar en el grupo de los exfumadores que el 40% logro el abandono del tabaco por medio de la decisión propia. 28% lo logro por medio de métodos farmacológicos y psicoterapia individual y educativa. El resto no contesto.

Entre los fumadores activos 60% han intentado dejar el cigarro por medio de la fuerza de voluntad no logrando el objetivo. 13% por medio de métodos farmacológicos, otro 13% por medio de terapia educativa, psicoterapia individual y familiar. El restante no respondió a la pregunta por lo que podemos suponer que no han tenido intentos verdaderos para dejar de fumar.

En cuanto a la relación de tabaquismo con depresión ya valorada con el test de Zung-Conde tenemos que entre los fumadores activos: 13 personas tuvieron depresión leve, 11 personas con depresión moderada y 1 con depresión grave. Entre el grupo de exfumadores tenemos 6 personas con depresión leve, 2 con depresión moderada, y 1 con depresión grave. En el grupo de nunca fumadores 22 personas cursan con depresión leve, 3 con depresión moderada y 0 personas con depresión grave.

En cuanto a la presencia de tabaquismo y ansiedad tenemos fumadores activos 16 con ansiedad leve, y 6 con ansiedad grave, en exfumadores ansiedad leve en 5, grave en 2 y en nunca fumadores 12 con ansiedad leve y 2 con ansiedad grave.

IX Discusiones

En nuestro país, se presenta un acercamiento al tabaco alguna vez en la vida en cerca de 70% de la población. En Aguascalientes, se estima que 22.5% de los adultos de 20 años o más fuman y habían fumado más de 100 cigarros en su vida como para considerarlos fumadores. En nuestra muestra de estudio fue posible observar una prevalencia de 43.7% de tabaquismo activo, lo que sumado al grupo de ex-fumadores da un total de 65% expuestos al habito tabáquico.

Se observo una mayor prevalencia de tabaquismo activo en el personal de enfermería con respecto al personal médico. Además encontramos una prevalencia ligeramente mayor en el género femenino con respecto al género masculino, también encontramos más elevada la prevalencia de tabaquismo en el grupo de personas solteras.

Al parecer el nivel de estudios juega un papel importante para la adquisición de hábitos inadecuados, así como la turnicidad pues pudimos constatar que aquellas personas que solo cuentan con estudios de nivel técnico, así como aquellas que laboran en el turno nocturno reportaron los niveles de prevalencia de tabaquismo más elevados.

La prevalencia de cáncer en ambos padres fue mayor en el grupo de ex-fumadores, por lo que desconocemos si la presencia de cáncer en los padres influyó de manera importante en las personas para decidirse a dejar de fumar.

También observamos que dentro de los antecedentes personales patológicos más importantes esta la hipertensión la cual se encontró en casi una tercera parte del grupo de exfumadores, desconocemos si la presencia de esta participo de alguna manera en que se igual forma estas personas decidieran dejar de fumar.

Pudimos encontrar en las personas que tienen tabaquismo activo, mayor presencia de tabaquismo en los familiares de primer orden lo cual nos podría estar hablando de la presencia de tolerancia social por parte del núcleo familiar del sujeto lo que a su vez pudo influir de algún modo a que se iniciara en el habito tabáquico a temprana edad, y por lo tanto tuviera mayor riesgo de desarrollar dependencia física, psicológica y social como consecuencia de la exposición temprana al cigarro. Además de que en diversos estudios se menciona la presencia de predisposición genética a adquirir el habito de fumar, cuando alguno de los progenitores en especial la madre fuma, aunque aquí en nuestro estudio no era la finalidad corroborar este dato, ni con tamos con la presencia del equipo y recursos necesarios para llevar a cabo dichos estudios, aun así no descartamos esta posibilidad.

Llama la atención el desinterés por parte del personal de salud ya que al interrogar sobre la existencia de la clínica de tabaquismo, solamente el 7% tenía conocimiento de la misma. Lo cual es una triste realidad pues si bien el personal de salud debería ser el principal interesado y promotor en que el paciente abandone el tabaco, la mayoría no cuenta con la capacitación adecuada para dar el consejo médicos para abandono tabáquico, y tampoco los refiere a las unidades capacitadas para orientar y ayudar al paciente en el abandono del tabaco.

Valorando las respuestas otorgadas en cuanto a nivel de conocimiento de la LGCT se pudo apreciar mejor nivel de conocimiento y una actitud menos tolerante al cigarro en el grupo de los ex-fumadores lo que nos permite deducir que en el caso de este grupo el conocimiento mismo de los efectos nocivos del cigarro como de la LGCT les ha permitido a este grupo permanecer abstemios.

En cuanto a métodos terapéuticos más empleados para lograr el abandono del tabaco tenemos que la mayoría de las personas han intentado dejarlo por medio de la fuerza de voluntad, observándose como medida efectiva entre los exfumadores, no así entre los fumadores activos quienes han hecho uso de ese mismo método, además de la terapia educativa, psicoterapia y terapia farmacológica, lo que podría estarnos hablando de una mayor dependencia, física, psicológica y/o social. Esto no significa que los otros métodos no sean efectivos por si mismos para llevar al abandono del tabaco a las personas, solo resalta más un aspecto; para que una persona logre dejar el tabaco tendrá que tener un nivel suficiente de motivación para el cambio.

X Conclusiones:

- El método terapéutico mas empleado por el personal de salud que labora en el Hospital General Tercer Milenio, según lo refieren ellos mismos es: la fuerza de voluntad aunado a la decisión de dejar de fumar, seguido por el uso de fármacos y uso de psicoterapia.

Desconocemos cuales fueron las causas del no éxito y/o motivos de recaídas, ya que la mayoría de los encuestados no refirieron las causas de recaídas.

Este estudio nos permitió conocer la prevalencia e incidencia de tabaquismo en el hospital general tercer milenio (43.7%), siendo esta casi 2 veces mayor que en la población general en el estado de Aguascalientes, también se pudo constatar que una actitud muy positiva hacia el tabaco influye en el proceso de abandono del tabaco, pues estaba muy marcado este dato entre los fumadores activos que no desean dejar de fumar, no así el nivel de conocimiento, el cual pudo encontrarse muy aceptable entre algunos fumadores, sin deseos de dejar de fumar. Por lo que deducimos que el conocimiento puede influir en algunas ocasiones de forma favorable para lograr el abandono del habito tabáquico, mientras que en otros casos no tiene efecto alguno sobre el anhelo e intento por dejar de fumar.

En cuanto a la presencia de depresión y/o ansiedad relacionada con el habito tabáquico, nuestro estudio no arrojó datos relevantes, ya que fue ligeramente mayor en la población expuesta, con respecto a la no expuesta.

XI Sugerencias

Para lograr que nuestro personal abandone el uso del tabaco es necesario promover en ellos otras actividades que los ayuden a controlar su nivel de ansiedad, así como también elevar su nivel de conocimiento sobre la LGCT, la cual fue valorada por un alto porcentaje de fumadores como ineficaz en el control del tabaquismo en la población, es un incentivo por sí mismo para que el personal busque apoyo para disminuir su dependencia a la nicotina.

La gran mayoría de nuestra población en estudio desconoce la efectividad del consejo antitabaco, por lo que sería de esperarse que no brinden la información de forma oportuna y efectiva, lo que sería igual a que tanto el médico como el resto del personal de salud desaprovechan una oportunidad importantísima al no darlo. Por lo que sería realmente importante que se otorgue esta capacitación a todo el personal de salud, y de entre estos principalmente al grupo de personas que atienden a adolescentes, porque como ya sabemos según las recomendaciones de la OMS las estrategias de prevención es necesario enfocarlas a la población más vulnerable; los niños y adolescentes.

La capacitación del personal de salud en la prevención y tratamiento de adicciones es realmente importante. Por lo que es necesario actualizar al personal de salud sobre estas enfermedades para lograr de esta forma intervenciones más efectivas desde el primer contacto con el paciente y la familia.

Es necesario brindar una capacitación más completa para que este personal tenga el perfil adecuado y no se deje pasar ninguna oportunidad para promover el abandono de tabaco. Se sabe que el personal de salud que ha recibido entrenamiento para manejo de la adicción del tabaco se ha relacionado con mayor uso del consejo antitabaco y fármacos para la cesación de la adicción tabáquica, por lo que sería prudente generalizar la capacitación médica sobre este tema. (10)

Existe un alto porcentaje del personal de salud motivados a abandonar el tabaco por lo que es necesario generar medidas de apoyo para que logren este objetivo, así como también es necesario que se les brinde el apoyo psicológico para aprender a enfrentar situaciones de estrés y/o ansiedad de una forma más saludable.

Implementar áreas dentro del hospital que ayuden a nuestro personal a tener un momento para relajarse y/o bien áreas donde puedan realizar actividades como son ejercicio o de distracción (como se ha ido implementando en países europeos, donde buscan disminuir el estrés laboral, para de esta forma evitar el ausentismo laboral y/o patologías del trabajo). Lo que los ayude a no enfrascarse en la rutina del trabajo, sino que el trabajo mismo no siga siendo el principal estresor en nuestra población de trabajadores.

Bibliografía

- (1) Pablo Alfonso Sanabria-Ferrand et al. “Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombiano. Estudio exploratorio” Rev. Med. 15(2):207-217, 2007
- (2) Mauricio Hernández-Ávila, et al. Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. Salud Pública de México / vol.49, suplemento 2 de 2007
- (3) Costos de atención medica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en América. Salud Publica de México/vol.48, suplemento 1 de 2006
- (4) Ricardo Rasmussen y Julio Vallejos. “Estrategias de prevención cardiovascular” Cardiología del Ejercicio. Capitulo 12.
- (5) Justino Regalado Pineda et al. Tratamiento actual Del tabaquismo. Salud Pública de México, 2007/Vol. 49, suplemento 2.Pp. 270-279
- (6) Editorial-consenso tabáquico. Grupo tabáquico. Arch. Argent. Pediatr. 2005: 103 (5):450-475/consenso
- (7) Justino Regalado-Pineda, M en C. Carlos José Rodríguez-Ajenjo, MD. La función de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco en México Salud Publica de México/Vol. 50, suplemento 3 de 2008.
- (8) El papel de las organizaciones no gubernamentales en la lucha anti-tabáquica. El Consejo Mexicano contra el Tabaquismo. Salud Pública de México/Vol. 49, suplemento 2 de 2007
- (9) Sergio Bello et al. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. Rev.Med. Chile 2004; 132: 223-232
- (10) Jose Angel Cordova Villalobos. Hacia espacios 100% libres del humo de tabaco. Salud Pública de México, 2007/vol.49, suplemento 2. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México. Pp. 131-132
- (11) Horacio M. Zylberstejn et al. Tabaquismo en médicos de la República Argentina. Estudio TAMARA. Revista Argentina de Cardiología/Vol. 75 N° 2/Marzo-abril 2007
- (12) Raydel Valdés Salgado et al. Antes y después del convenio marco en México: una comparación desde la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes 2003 y 2006. Salud pública de México, 2007/vol. 49, suplemento 2. Instituto Nacional de salud Pública. Cuernavaca, México. Pp. 155-169
- (13) Bertha Lidia Nuño Rodríguez, et al. Factores asociados a los patrones de consumo de tabaco en adolescentes escolares. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2008; 46 (1): 19-26
- (14) Julio Sánchez Meca, José Olivares Rodríguez y Ana Isabel Rosa Alcázar. El problema de La Adicción AL Tabaco. Meta- análisis de las intervenciones Conductuales en España. Universidad de Murcia. Psicothema, 1998. Vol. 10, n° 3, pp. 535-549
- (15) Agustín Lara Esqueda et al. Factores de riesgo cardiovascular modificables en los médicos y otro personal del equipo de salud. Salud pública de México, marzo-abril, 2007/vol. 49, numero 002, pp. 83-84
- (16) Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. World JHealth Organization, 2004
- (17) Luz Arenas-Monreal et al. Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. MG Rev Inst Nal Enf Resp Mex. Volumen 17-Numero 4. Paginas: 261-265 Octubre-Diciembre 2004

- (18) *Prevención del tabaquismo y promoción de estilos de vida sin tabaco sobre colectivos específicos de educadores y alumnos. Programa de actuación conjunta de la dirección provincial del MEC y la dirección territorial de INGESA. Melilla 2005/2006*
- (19) *“Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud”. Datos nacionales. INEGI juventud 2007*
- (20) *Raydel Valdés-Salgado, et al. Los retos del convenio Marco para el Control del Tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. Salud Pública de México / vol.48, suplemento 1 de 2006*
- (21) *Jesús Maya-Mondragón. Tabaquismo en trabajadores de la salud. Cir Ciruj. 2007; 75:239-240. Volumen 75, No. 4, julio-agosto 2007*
- (22) *Bernardo Moreno-Jiménez, Cecilia Peñacoba. Estrés Asistencial en los Servicios de Salud. Psicología de la Salud. Siglo XXI pp. 739-764*
- (23) *María Angélica Ocampo-Ocampo, et al. ¿Quiénes fuman en un hospital general? Comentario clínico, Gac Méd Mex Vol. 137. N°6, 2001*
- (24) *Adriana Gabriela Lara-Rivas, et al. Conocimiento de un grupo de médicos mexicanos sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. Vol. 15, N° 3 julio-septiembre 2002*
- (25) *Marco Antonio Cardoso Gómez. La Cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. Cultura, Dieta y Diabetes. Cuicuilco, mayo-agosto, 2006/vol.13, numero 037*
- (26) *Patricia Martínez-Lanz, Ma. Elena Medina-Mora, Edith Rivera. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Rev Fac Med UNAM Vol. 48 No. 5 Septiembre-octubre, 2005*
- (27) *Úlcera péptica gastroduodenal y turnicidad laboral. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2006:7 (1-2):7-11*
- (28) *Armado Peruga. Protección contra la exposición al humo de tabaco ajeno: recomendaciones de la OMS, Salud Pública de México/Vol. 49, suplemento 2 de 2007*
- (29) www.ssa.gob.mx/unidades/conadic Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo.
- (30) *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. V. 17 n.4 México dic. 2004*
- (31) <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/cronic.htm>
- (32) *Justino regalado pinedo et al. Tratamiento actual del tabaquismo. Salud publica 2007*
- (33) *Edmundo Ángeles Silva et al. Eficacia de la intervención breve para la cesación Del consumo Del tabaco. Med. Interna (Caracas) volumen 21 (1) 2005 pagina 33.*
- (34) *M. Rosa García Cerdan, et al. ¿Existe relación entre la dependencia a la nicotina y la motivación para el abandono del habito tabáquico? Enfermería clínica 2002; 12(6):262-5*
- (35) <http://www.medicinadigital.com> CONADIC presenta la Guía para el Tratamiento del Paciente con Tabaquismo, Lunes, 09 de junio de 2008.
- (36) *Manejo integrado de la adicción a la nicotina. Salud pública de México / vol.42, no.5, septiembre-octubre de 2000*
- (37) *Ley General para Control del Tabaco. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2008.*
- (38) *Juan Agustín Morón Marchena. El Tabaco Como Reto Educativo. Una Revisión Desde Una Perspectiva Sociopedagógica Universidad de Sevilla. EDUCACIÓN XX1*
- (39) *López Nóvoa, Milagros Pereira, Mª Carmen Domínguez. Valoraciones Educativas Sobre El Tabaco Y La Publicidad: La Necesaria Intervención Pedagógica. Universidad de Vigo*

ÍNDICE DE ANEXOS

1. 5.3.1 Operacionalización de variables.....	67
2. Tabla 1. Criterios sobre la dependencia de sustancias en DSM IV.....	70
3. Tabla 2. Criterios sobre dependencia de sustancia en CIE-10.....	71
4. Tabla 3. Riesgo de mortalidad por el tabaquismo.....	72
5. Tabla 4. Presentación de parches de nicotina.....	73
6. Tabla 5. Presentaciones orales de la nicotina.....	74
7. Tabla 6. Efectos adversos del uso del TSN.....	75
8. Tabla 7. Efectos adversos del uso del bupropión.....	76
9. Algoritmo 1. Diagnostico de fase.....	77
10. Algoritmo 2. Proceso de abandono del tabaco.....	77
11. Algoritmo 3. Algoritmo de actuación para deshabituación tabáquica.....	78
12. Tabla 8. Beneficios del abandono del tabaco.....	79
13. Tabla 9. Falsas creencias acerca del tabaco.....	80
14. Tabla 10. Situaciones con mayor riesgo de recaídas.....	80
15. Tabla 11. Síntomas del síndrome de abstinencia.....	81
16. Cuestionario que se uso en la obtención de datos.....	82
17. Grafica 1. Distribución de la muestra por genero.....	91
18. Grafica 2. Distribución de la muestra por estado civil.....	91
19. Grafica 3. Distribución de la muestra por ocupación.....	92
20. Grafica 4. Distribución de la muestra por área laboral.....	92
21. Grafica 5. Distribución de la muestra por turno.....	93
22. Grafica 6. Distribución de la muestra por nivel de estudios.....	93
23. Grafica 7. Prevalencia de tabaquismo.....	94
24. Grafica 8. Frecuencia de tabaquismo.....	94
25. Grafica 9. Tabaquismo por género.....	95
26. Grafica 10. Tabaquismo por ocupación.....	95
27. Grafica 11. Patologías mas frecuentes entre fumadores.....	96
28. Grafica 12. Antecedentes heredofamiliares en fumadores.....	96
29. Grafica 13. Edad de iniciación en el uso del tabaco.....	97
30. Grafica 14. Edad de adquisición del habito tabáquico.....	97
31. Ley General para el Control del Tabaco	98

5.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	UNIDADES MEDICION	ITEM O PREGUNTA
Edad	Cuantitativa	Discontinua	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años	Edad
Sexo	Cualitativa	Nominal	Característica orgánica que diferencia al hombre de una mujer.	Masculino Femenino	Genero
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Condición legal de una persona en cuanto a relaciones de familia	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre	Estado civil
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Puesto que tienen en la empresa	Medico Enfermero Residente Psicólogo Nutriólogo Podólogo Otro M. Interna Urgencias Cirugia Pediátricos Administrativos C. Externa Terapia Intensiva Investigación Otro	Ocupación
Area donde labora	Cualitativa	Nominal	Area donde se desempeña en individuo		Area donde labora

“METODO TERAPEUTICO MAS USADO POR EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO PARA ABANDONO DEL HABITO TABAQUICO”.

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	UNIDADES MEDICION	ITEM O PREGUNTA
Turno en que labora	Cualitativa	Nominal	Turno en el que se desempeña	Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumulada	Turno en que labora
Fumador	Variable Categórica Cuantitativa	Nominal	se define a aquel individuo que fuma actualmente o ha fumado por lo menos 100 cigarrillos a lo largo de su vida	Años fumando o que dejo de fumar	Cedula de recolección de datos
LGCT	Variable Cuantitativa	Nominal	Conocimiento sobre la Ley General para Control del Tabaco	Excelente:10 Bueno: 8-9 Regular: 7 Escaso:6 Desconocimiento: 0-5	Cuestionario primer segmento página 2
Actitud ante el tabaquismo en lugares prohibidos	Variable Cualitativa	Nominal	Define actitudes tomadas por las personas ante el tabaquismo en situaciones especiales	Si No	Cuestionario segundo segmento página 2
Tabaquismo y sus repercusiones	Variable Cuantitativa	Nominal	Evalúa la percepción del tabaquismo en menores de edad, daños a la salud y conocimiento general.	0: muy en desacuerdo 5: totalmente de acuerdo	Cuestionario primer segmento pág.3
Métodos terapéuticos para abandono del tabaco	Variable Cualitativa	Nominal	Evalúa nivel de conocimiento de los métodos para abandono del tabaco existente y cuales han usado.	Conoce No conoce	Preguntas abiertas página 3 segmento 2, preg. 14 Pág. 4

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	UNIDADES MEDICION	ITEM O PREGUNTA
Test de Fageström	Variable Cualitativa	Nominal	Evalúa nivel de dependencia a la nicotina	0-3 baja dependencia 4-6 dependencia moderada 7 ó más dependencia grave	Preguntas: 1, 7 8 segmento 2 pág. 2 Preguntas: 10, 11 y 12 página 4
Intentos de abandono del cigarro	Cualitativa	Nominal	Intentos para abandonar el tabaco	Número de veces Efectividad	Pregunta 15 y 16
Test de Richmond	Cualitativa	Nominal	Evalúa nivel de motivación para abandono del tabaco	0-6 Motivación Baja 7-9 Motivación moderada 10 Motivación alta	Preguntas 20, 21, 23, y 24
Escala de Zung- Conde	Cualitativa	Nominal	Evalúa nivel de depresión	A: muy pocas veces B: algunas veces C: Gran parte del tiempo D: casi siempre	Escala de Zung- Conde. Página 6
Escala de Hamilton	Cualitativa	Nominal	Evalúa nivel de ansiedad	0: Ausente 1: Leve 2: moderado 3: Grave 4: Muy Grave	Escala de Hamilton. Página 7
Percepción del tabaco	Cualitativa	Nominal	Nos dará a conocer síntomas de pertenencia al tabaco	Percepción del tabaco	Pregunta: ¿El cigarro es para mí?

TABLA 1

Criterios sobre la dependencia de sustancias en DSM-IV
<p>De conformidad con el DSM-IV, la dependencia de una sustancia es un patrón de adaptación al uso de la sustancia, lo que produce perturbación o limitaciones clínicas significativas, manifestadas por tres (o más) de los siguientes criterios, que ocurran en cualquier momento durante un mismo periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes indicadores:<ol style="list-style-type: none">(a) una necesidad de cantidades marcadamente mayores de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado,(b) un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.2. Abstinencia, que se manifiesta por cualquiera de los siguientes:<ol style="list-style-type: none">(a) síndrome de abstinencia característico para la sustancia.(b) se toma la misma sustancia (u otra similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.3. Con frecuencia se toma la sustancia en mayores cantidades o durante periodos más prolongados de lo que se deseaba.4. Existe un deseo persistente o la imposibilidad de reducir o controlar el uso de la sustancia.5. Se invierte demasiado tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o manejar grandes distancias), en usar la sustancia (por ejemplo fumar un cigarrillo tras otro) o en recuperarse de sus efectos.6. Se reducen o se dejan de realizar actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes por el uso de la sustancia.7. Se continúa el uso de la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente, muy probablemente causado o exacerbado por la sustancia (seguir usando cocaína pese a que se padece la depresión inducida por ésta, o se sigue bebiendo aunque se sabe que se agravó una úlcera por el consumo de alcohol).

Fuente: Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, 1994. (12)

TABLA 2

Criterios sobre dependencia de sustancias en CIE-10
<p>Se deben experimentar o presentar juntos tres o más de los siguientes criterios en algún momento del año anterior:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia.2. Dificultades para controlar la conducta de tomar la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso.3. Un estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma (o alguna estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.4. Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos a dosis menores.5. Abandonar progresivamente placeres o intereses alternativos debido al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.6. Persistir en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intenso de la sustancia o limitaciones en el funcionamiento cognitivo, relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y grado del daño.

Fuente: OMS, 1992. (12)

TABLA 3

El riesgo de mortalidad por todas las causas, disminuye progresivamente a medida que aumentan los años de abstinencia, aun si el abandono de produce en la vejez.

Beneficios del abandono del Tabaco	Tiempo necesario para igualar el riesgo del no fumador	Otros niveles de beneficio
Enfermedad Cerebro-vascular	1 año	
Enfermedad Coronaria	Al menos 5 años	
Enfermedad Vascular periférica		Se detiene la progresión al dejarlo y disminuye el riesgo progresivamente
Cáncer	15-20 años	10 años RR= 0,5
EPOC		Mejoran los síntomas
Bajo peso al nacer	Dejar de fumar antes o durante el primer trimestre de embarazo	

Fuente: Smoking and mortality among older men and women in three communities. N.Engl.J. Med.1991.324:1619-1625

TABLA 4

Presentaciones de los parches de nicotina:

Nombre comercial	Nicotinell®	Niquitin®	Nicorette®
Tiempo de aplicación	24 hrs.	24 hrs.	16 hrs.
Tamaño en cm ² (presentaciones)	30 20 10	21 15 7	30 20 10
Nicotina que se absorbe	21 mg 14 mg 7 mg	20.6 mg 14 mg 7 mg	24 166.6 8.3
Contenido total de nicotina	52,5 mg 35 mg 17.5 mg	114 mg 78 mg 36 mg	24 mg 16,6 mg 8,3 mg
Presentaciones comerciales	Nicotinell 21 mg/24 hrs. (52,5 mg) 7 parches, 14 parches, y 28 parches Nicotinell 14 mg/24 hrs (35 mg) 7 parches, 14 parches y 28 parches Nicotinell 7 mg/24 hrs. (17,5 mg) 14 parches, y 28 parches	Niquitin Clear 21 mg /24 hrs. (114 mg) 7 parches y 14 parches Niquitin Clear 14 mg/24 hrs. (78mg) 7 parches, y 14 parches Niquitin Clear 7 mg/24 hrs. (36 mg) 7 parches	Nicorette 15 mg/16 hrs. (24 mg) 7 parches, y 14 parches Nicorette 10 mg/ 16 hrs. (16,6 mg) 7 parches, y 14 parches Nicortte 5 mg/ 16 hrs (8,3) mg 7 parches, 14 parches

TABLA 5

Presentaciones orales de la nicotina:

	Nicotinell chicles®	Nicorette chicles®	Nicotinell comp®
Contenido en nicotina	2 y 4 mg	2 y 4 mg	1 mg y 2 mg
Presentaciones comerciales	<p>Nicotinell® Chicle medicamentoso (sabor fruta) 2 mg Env. Con 24 y 96 unidades. 4 mg. Env. Con 96 unidades</p> <p>Nicotinell® Chicle medicamentoso (sabor menta) 2 mg. Env. Con 24 unidades y 96 unidades 4 mg. Env. 96 unidades</p>	<p>Nicorette® Chicle medicamentoso 2mg env. 30 y 105 unidades 4 mg. Env. 30 unidades y 105 unidades</p> <p>Nicorette® Chicle medicamentoso (sabor menta) Freshmint 2 mg. Env. 30 y 105 unidades</p>	<p>Nicotinell Mint® Comprimidos disolución oral 1 mg. Envase con 36 unidades</p> <p>Nicotinell Mint® Comprimidos disolución oral. 2 mg Envase con 36 y 96 comprimidos.</p>

TABLA 6

Efectos adversos del uso de TSN:

Chicles	Hipo, molestias gastrointestinales, dolor mandibular y problemas orodentales. No se aconseja en caso de enfermedad mental o problemas de masticación.
Parches	Irritación cutánea, trastornos del sueño (sobre todo los de 24 horas). No se aconseja en caso de atopias cutáneas o enfermedades dermatológicas crónicas o agudas.
Spray nasal	Enrojecimiento y moqueo nasal. No recomendable en caso de pólipos nasales o enfermedades de las fosas nasales.
Comprimidos	Hipo, sensación de calor en la boca, tos, sequedad y ocasionalmente lesiones aftosas.

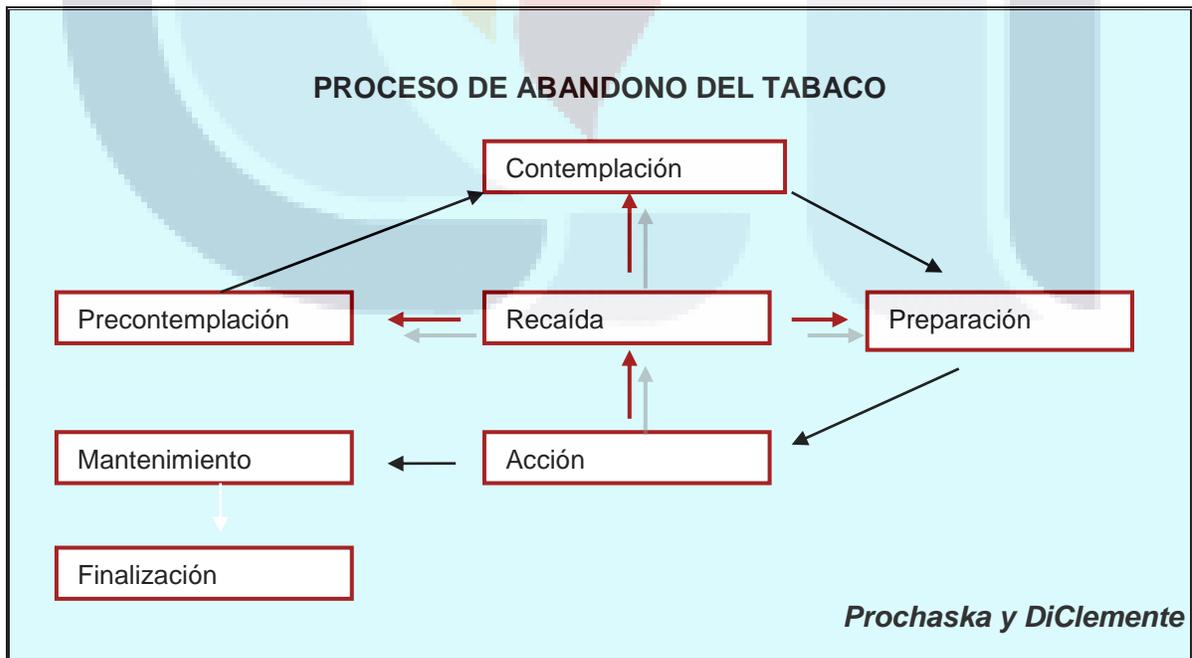
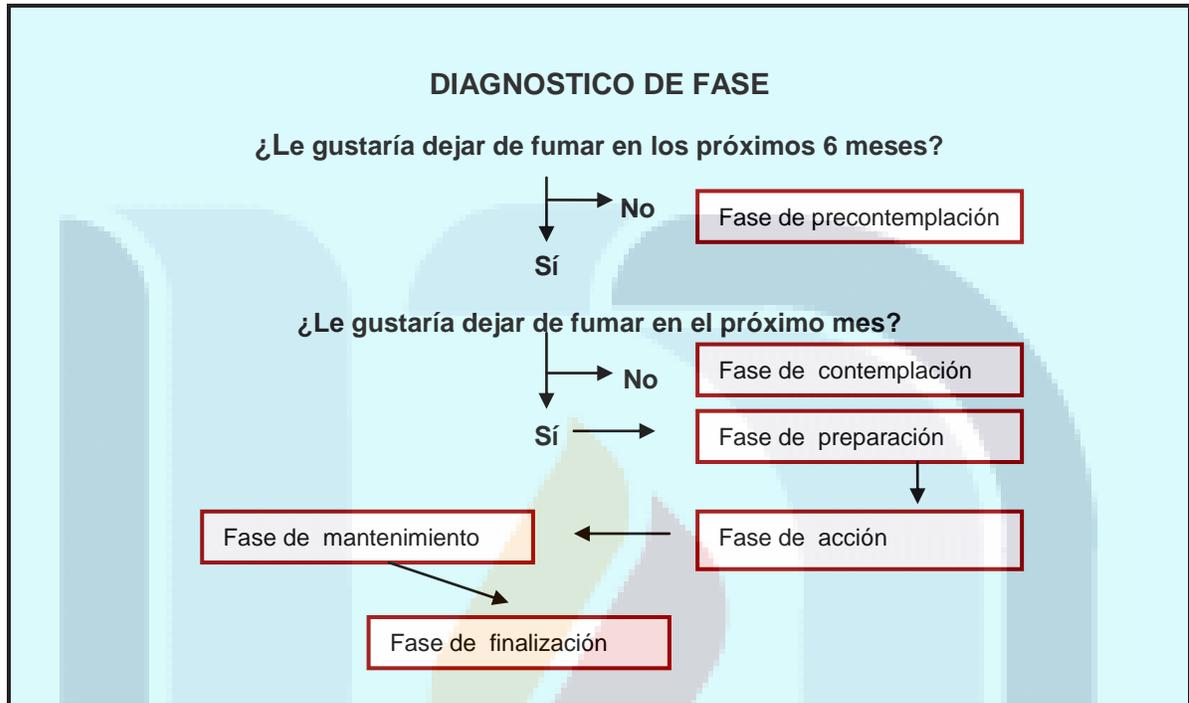
TABLA 7

Efectos adversos del uso del bupropión.

Tabla I: Condiciones que favorecen la aparición de convulsiones	
Epilepsia	Historia de traumatismo craneal o tumor cerebral
Anorexia nerviosa o bulimia	Administración concomitante de otros fármacos: -Anti-psicóticos -Antidepresivos -Teofilina -Esteroides sistémicos -Tramadol -Quinolonas
Trastorno bipolar	
Alcoholismo	
Interrupción brusca de benzodiacepinas o alcohol	
Uso de estimulantes o anorexígenos	
Diabetes tratada con antidiabéticos orales o insulina.	

Algoritmo 1 y 2

Algoritmo de diagnostico de fase y proceso de abandono del tabaco.



Algoritmo 3

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: ALGORITMO DE ACTUACIÓN

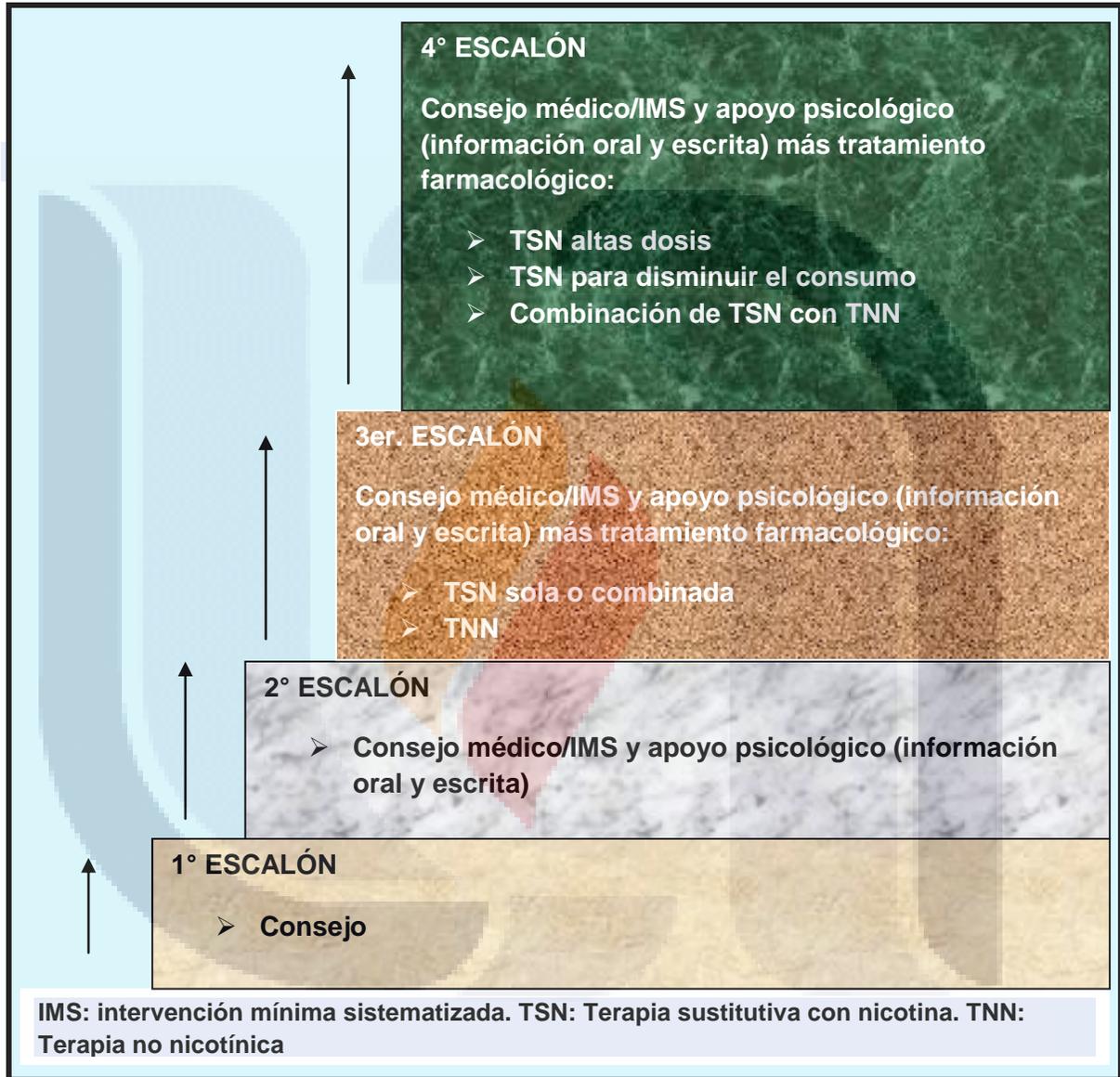


Tabla 8. Beneficios del abandono del tabaco.

Beneficios del abandono del tabaco

- ⊗ Dejará de estar sometido a una adicción (nicotina).
- ⊗ Mejorará sus salud Se normalizarán su tensión arterial y frecuencia cardiaca y se normalizará la temperatura de manos y pies a los 20 minutos del último cigarrillo.
- ⊗ Los niveles de monóxido de carbono y oxígeno se normalizarán pasadas 8 horas
- ⊗ A las 12 horas casi toda la nicotina ha sido metabolizada
- ⊗ Disminuye el riesgo de muerte súbita pasadas 24 horas. Y los niveles de sangre de monóxido de carbono (CO) han disminuido drásticamente.
- ⊗ Se normalizan los sentidos del gusto y olfato pasadas 48 horas.
- ⊗ Mejora la función respiratoria pasadas 72 horas.
- ⊗ A las 6 semanas el riesgo de infección en heridas quirúrgicas ha disminuido de manera importante.
- ⊗ A los 3 meses; los cilios comienzan a recuperarse, y la función pulmonar mejora considerablemente.
- ⊗ Aumentará la capacidad física y se cansará menos con cualquier actividad pasados 1-3 meses.
- ⊗ Mejora el drenaje bronquial y se reduce el riesgo de infecciones pasados 1-9 meses.
- ⊗ A los 12 meses: el riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad.
- ⊗ Se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón al de los no fumadores pasados 10-15 años sin fumar.
- ⊗ Sufrirá menos catarros y molestias de garganta.
- ⊗ Tendrá menos probabilidad de padecer un cáncer.
- ⊗ Disminuye el riesgo de trombosis o embolias cerebrales.
- ⊗ En las mujeres que toman anticonceptivos se reduce mucho el riesgo de infarto o embolias.
- ⊗ Si está embarazada se eliminan algunos riesgos de enfermedades graves para su hijo.
- ⊗ Mejorará su economía. Con lo que se ahorrará de tabaco podrá darse un capricho.
- ⊗ Mejorará su seguridad por el menor riesgo de incendios o de accidentes de tráfico.
- ⊗ Mejorará su aspecto físico y estético.
- ⊗ Desaparecerá el mal aliento.
- ⊗ Mejorará el olor de su ropa y de la casa en general.
- ⊗ Desaparecerá el color amarillento de manos y uñas.
- ⊗ Mejorará la hidratación de su piel, mejorará su tersura y tendrá menos arrugas.
- ⊗ Si tiene hijos será buen ejemplo para ellos y no perjudicará su salud (fumadores pasivos).

Tabla 9 y 10. Falsas creencias acerca del consumo del tabaco. Y situaciones de riesgo para recaídas.

Falsas Creencias Acerca del Tabaco

Todas las siguientes ideas son falsas creencias populares acerca del tabaco.

- ⊗ Fumar es relajante.
- ⊗ La vida sin fumar es aburrida. Y De algo hay que morir.
- ⊗ El tabaco light hace menos daños.
- ⊗ Fumar poco no perjudica.
- ⊗ Si se tiene buena salud el tabaco no hace daño.
- ⊗ Si se hace deporte se eliminan las “toxinas” del tabaco.
- ⊗ Es imposible dejar de fumar.
- ⊗ Yo puedo dejar de fumar cuando yo quiera.
- ⊗ Dejar de fumar me pone de tan mal humor que prefiero fumar.
- ⊗ Al dejar de fumar se engorda mucho.
- ⊗ Después de años fumando, el daño ya está hecho.
- ⊗ Necesito el tabaco para concentrarme.
- ⊗ Perjudica más la contaminación ambiental.

Situaciones con Mayor Riesgo de Fumar (Recaídas)

En estas situaciones es más fácil caer en la tentación de fumar. No son las mismas para todas las personas. Es necesario que la persona identifique las situaciones en que es más probable sentir deseos de fumar, para evitarlas o para estar prevenidos y tener prevista la respuesta o la actitud alternativa.

- ⊗ Tomando té o café.
- ⊗ Tomando bebidas alcohólicas.
- ⊗ Al levantarse o después de desayunar.
- ⊗ Después de comer o viendo televisión.
- ⊗ Conduciendo o Leyendo.
- ⊗ En presencia de otros fumadores o cuando le ofrecen tabaco
- ⊗ Esperando algo o a alguien.
- ⊗ En situaciones de tensión o nerviosismo.
- ⊗ Estando aburrido, enfadado o irritable.
- ⊗ Trabajando (para concentrarse).
- ⊗ Cuando se está en grupo o de fiesta.

Tabla 11. Síntomas del síndrome de abstinencia.

Síntomas del síndrome de Abstinencia

Estos efectos les suceden a la mayoría de quienes intentan dejar de fumar y son la principal causa de recaída. No son signos de debilidad o de que no se pueda dejar el tabaco. Estos efectos son desagradables pero pasajeros y serán menos intensos si se está en tratamiento con parches, chicles u otros fármacos como terapia de reemplazo de nicotina.

Síntomas Psíquicos.

- ⊗ *Craving* (deseo de fumar)
- ⊗ Intranquilidad, ansiedad.
- ⊗ Irritabilidad nerviosismo
- ⊗ Frustración, rabia.
- ⊗ Tristeza, melancolía
- ⊗ Dificultad de concentración.
- ⊗ Cansancio inapetencia por las labores habituales.
- ⊗ Insomnio.

Síntomas Somáticos

- ⊗ Estreñimiento
- ⊗ Cefalea
- ⊗ Alteraciones del EEG
- ⊗ Bradicardia
- ⊗ Hipotensión
- ⊗ Aumento del apetito
- ⊗ Ganancia de peso.

“METODO TERAPEUTICO MAS USADO POR EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO PARA ABANDONO DEL HABITO TABAQUICO”.

Cuestionario que se uso en la obtención de datos.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

FORMATO PARA RECOLECCION DE DATOS

Ficha de identificación

Por favor subraye la respuesta correcta

Folio: _____ 1-Masculino 2-Femenino Edad: _____

1- casado (a) 2- Soltero (a) 3-Viudo (a) 4-Divorciado 5-Union Libre 6-otro

Ocupación: 1-Medico (a) 2-Enfermero (a) 3-Residente 4- Psicólogo (a)

5- Nutriólogo (a) 6-Podologo (a) 7-otro _____

Área donde labora: 1-M. Interna 2-Urgencias 3-Cirugia 4-Pediátricos 5-Administrativo

6-C.Externa 7-Terapia intensiva 8-Investigación 9-Otro

Turno en que labora: 1-Matutino 2-Vespertino 3-Nocturno 4-Jornada acumulada

Nivel máximo de estudio: 1- Técnico 2- Licenciatura 3.Posgrado 4-Pasante o MIP

Tabaquismo: 1-Activo 2-Suspendido hace más de 1 año 3-Suspendido hace menos de 1 año

4-No fumo, ni he fumado nunca

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Señale si presenta algunas de las patologías que a continuación se enuncian.

Antecedentes Personales: Si No

Señale si alguno de sus familiares padecen alguna de las sig. Patologías, si es más de uno separe por medio de una diagonal.

Familiares: 1-Padre 2-Madre 3-Hermanos 4-Hijos 5-Pareja

Patología	Respuesta:	Años de evolución:
HAS		
DM.2		
Dislipidemias		
Cardiopatía Isquémica		
Obesidad		
Depresión		
Enf. Psiquiátrica		
Cáncer:		
Quirúrgicos		
Asma		
Otra: _____		

Patología	Parentesco
HAS	
DM.2	
Cardiopatía Isquémica	
Enf. Psiquiátrica	
Tabaquismo	
Cáncer: _____	
EPOC	
Otra: _____	

**“METODO TERAPEUTICO MAS USADO POR EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL
TERCER MILENIO PARA ABANDONO DEL HABITO TABAQUICO”.**

Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y marque con una X la columna según sea su criterio	Falso	Verdadero	No se
	1- La Ley General para el Control del Tabaco, permite áreas de convivencia con no fumadores siempre y cuando haya filtros limpiadores del ambiente.		
2- La OMS al referirse a espacios libre de humo solo se refiere a la estructura, por lo que sí se puede fumar fuera de áreas de edificios públicos aun dentro de los límites de las instalaciones, ya que no se rompe ninguna ley.			
3- La OMS está en desacuerdo con la venta de cigarrillos al menudeo en maquinas automáticas.			
4- El tamaño de la letra en los mensajes, alusivos a las complicaciones de tabaquismo no es importante.			
5- El consumo de cigarrillos es la forma más frecuente de consumo de tabaco en el mundo.			
6- La tolerancia a la nicotina consiste principalmente en fumar cada vez más para obtener los mismos resultados.			
7- Las personas que se exponen al humo de tabaco a temprana edad presentaran menos efectos negativos sobre su salud ya que han creado mecanismos protectores.			
8- La dependencia de nicotina es la dependencia de sustancia más prevalente en todas las poblaciones y puede encontrarse hasta en 80% de los fumadores regulares.			
9- La mayoría de las recaídas se producen en las primeras 2-3 semanas después de dejar de fumar y están relacionadas con el síndrome de abstinencia.			
10- La sustancia que realmente hace daño es el alquitrán de los cigarros, por lo que si se usa cigarros con filtro se evita que produzca efectos negativos en la salud.			
11- La sustancia que genera la adicción es el alquitrán.			
12- En los países desarrollados las personas fuman más por que cuentan con mayor solvencia económica.			
13- El uso del cigarrillo en el hombre produce disminución de la densidad del esperma, con reducción de la motilidad de 50%, al tiempo de dañar las arterias del pene provocando impotencia.			
14- En México mueren 147 personas diariamente por causas asociadas al tabaco.			
15- El consejo médico no es útil para que una persona que ha fumado la mayor parte de su vida abandone el cigarro.			
16- El humo de tabaco contiene más de 4000 sustancias químicas diferentes.			
17- La OMS señala que de la población mundial 30% de los adultos son fumadores y de estos fumadores 3.5 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas al tabaquismo.			
18- Si se suda se eliminan la mayoría de las “toxinas” del tabaco.			
19- Si se abandona el cigarro mejorara el gusto y el olfato pasadas las 48 horas.			
Por favor marque con una X la respuesta en la columna derecha	Respuesta		
	Si	No	
1- Encuentro difícil no fumar en lugares que está prohibido hacerlo (bibliotecas, cines, entre otros)			
2- He fumado delante de los pacientes y/o en áreas de trabajo			
3- He fumado estando embarazada y/o delante de niños			
4- Creo que influyo negativamente en la salud de mis pacientes cuando fumo.			
5-Debido al estrés laboral que sufro continuamente como personal de salud me veo obligado a fumar			
6-El cigarro es uno de los pocos placeres que tengo en mi vida			
7-He Fumado aunque este tan enfermo que haya que pasar la mayor parte del día en cama			
8-Fumo con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarme que durante el resto del día			
9- ¿Conozco la Ley General de Control Antitabaco?			

Encuesta para valorar el prevalencia y conocimiento sobre hábito tabáquico en el personal de salud que labora en el Hospital General Tercer Milenio

<p>Por favor marque con una X su respuesta en la columna de la derecha.</p> <p><u>Donde:</u></p> <p>0: Muy en desacuerdo 5: Totalmente de acuerdo</p>	Respuesta					
	0	1	2	3	4	5
1-Los adolescentes que fuman rinden más en los estudios, ya que se concentran mejor						
2-Es más dañina para la población la contaminación ambiental que fumar tabaco						
3-Fumar 4 cigarrillos al día no perjudica la salud, ya que es muy poca cantidad de nicotina la que se absorbe						
4-Fumar una cajetilla de 20 cigarrillos al día no es demasiado perjudicial						
5-Esta bien visto fumar en grupo						
6-El tabaco me da personalidad y me hace socialmente más interesante						
7-Dejar de fumar, engorda, por eso no me conviene dejar el cigarro						
8-Dejar de fumar me pone de tan mal humor, por lo que me conviene continuar fumando						
9-No me importaría morir a causa del cigarro						
10-Las mujeres que fuman, son más independientes y se ven con mucha más personalidad						
11-Me dejaría ver mal si estando uno en un grupo de amigos, todos ellos fuman y yo no lo hiciera						
12-No tiene nada de malo que el personal de salud fume, siempre y cuando no lo haga delante del paciente						
13-No tiene sentido la Ley General de control del Tabaco						
14-Los fumadores tienen el mismo derecho que las demás personas de estar en un lugar público, nadie debería de impedirles fumar, pues es una necesidad que tienen.						
15-Los hombres que fuman se ven más varoniles.						
16- Fumar me relaja y me ayuda a sentirme menos ansioso						

Por favor subraye la respuesta. Puede subrayar varias respuestas según considere correcto.

- Menciones las complicaciones que puede provocar el habito tabáquico en las personas: _____
- ¿Qué tipo de métodos terapéuticos para abandonar el tabaquismo conoce?
 - a- Farmacológicas b- Psicológicas c- Ambas d- Alternativas
 - e-Otras. Especifique por favor: _____
- ¿Qué productos conoce usted como terapia farmacológica para abandono tabáquico?
 - a- Champix (Vareniclina) b- Ansiolíticos c- Antidepresivos tricíclicos d- Terapia de reemplazo de nicotina (parches dérmicos, chicle o goma de mascar, spray nasal, inhalador bucal, comprimidos) e- todas las anteriores
- Fármaco que en la década de los 80 fue comercializado como antidepresivo, que “simula la acción de la nicotina a nivel cerebral, disminuyendo los síntomas de abstinencia, por lo que es ampliamente utilizado como parte del tratamiento farmacológico.
 - a- Vareniclina b- Bupropión c- Clonidina d- Nortriptilina e- Ansiolíticos
 - f- No se
- Existe una clínica de tabaquismo aquí en el HGTM. Usted ¿lo sabía? _____

Si usted fuma o ha fumado continúe con el cuestionario si no vaya a la página: 6

6. ¿A qué edad probó su primer cigarro? _____
7. ¿Qué persona influyó para que usted fumara?
- a- Familiar de primer orden b- Familiar de segundo orden c- Amigos d- Conocidos
8. ¿A qué edad considera usted que adquirió el hábito de fumar?: _____
9. ¿Con que frecuencia fuma?
- a- Todos los días b- Menos de 4 días a la semana c- Una a dos veces por mes d- Solo en eventos sociales
e- Cuando se siente nervioso o muy tenso
10. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo del día?
- a- En 5 minutos o menos b- En 6-30 minutos c- En 31-60 minutos d- Después de 60 minutos.
11. ¿Cuántos cigarros fuma al día?
- a- 1-5 Cigarros por día b- 6 a 10 Cigarros por día c- 11-15 Cigarros por día d- 16 -20 Cigarros
e- 21-30 Cigarros por día f- 31 ó más cigarros.
12. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?
- a- Al primero de la mañana b- Al último del día poco antes de acostarme a dormir c- A cualquiera de los demás.
13. ¿Aumenta el número de cigarrillos cuando se encuentra nervioso o bajo presión? **No** **Si**
- ¿Cuántos fuma en esta situación? a- 1-5 Cigarros/día b- 6 a 10 Cigarros/día c- 11-15 Cigarros/día
d- 16 -20 Cigarros/día e- 21-30 Cigarros/día f- 31 ó más cigarros.
14. ¿Qué método terapéutico ha usado para abandonar el hábito del tabaco?
- () Farmacológicas () Terapia Educativa () Psicoterapia individual () Psicoterapia grupal
() T. Familiar () Acupuntura () Lasserterapia () Hipnosis
() Otras (especifique): _____
15. ¿Ha intentado dejar el tabaco? **No** **Si** ¿Cuántas veces? _____
16. ¿Logro dejarlo de fumar? **No** **Si** ¿Cuánto tiempo? _____
17. Cuando usted deajo de fumar ¿hubo recaídas? **No** **Si** ¿Cuál fue el motivo? _____
18. ¿Actualmente continúa fumando? **No** **Si**
19. **-Si la respuesta fue afirmativa continúe el cuestionario en la siguiente página.** Si la respuesta es negativa continúe en la página 6

20. ¿Cuánto tiempo lleva fumando ininterrumpidamente? _____

21. ¿Desea dejar de fumar? **No** **Si**

22. **¿Con que ganas de 0 a 3 quiere dejarlo?** _____

23. ¿Por qué desea dejar de fumar?

- () Mejorar mi rendimiento físico () Seré un ejemplo positivo para mis hijos () Ahorrare dinero
() Recuperare el gusto y el olfato () Porque me deja mal aliento () Todas las anteriores.

24. ¿Intentara dejar de fumar en las próximas dos semanas?

No **Dudoso** **Probable** **Si**

25. ¿Cree que dentro de seis meses no fumará?

No **Dudoso** **Probable** **Si**

26. ¿Ha buscado ayuda profesional? **Si** **No**

Si **No** ¿Asistiría a la clínica de tabaquismo? **Si** **No**

27. ¿Experimenta síntomas de abstinencia (anhelo de nicotina, irritabilidad, ansiedad, dificultades en la concentración, inquietud, aumento del apetito o ansias por comer) cuando ha intentado dejar de fumar o cuando se encuentra en áreas donde no es posible fumar? **No** **Si.** Si la respuesta es afirmativa ¿qué síntomas son los que experimenta con mayor intensidad?

28. ¿Qué hace para controlar esos síntomas?

29. ¿Por qué continuar fumando?:

30. El cigarro es para mí:

1-Mi compañero

2- Mi amigo

3- Indispensable en mi vida

5- Lo necesito para no sentirme mal

6- Todas las anteriores

7- Otra (especifique) _____

Diversos estudios han demostrado que 60% de los fumadores tienen un historial mental y la incidencia de trastornos depresivos mayores entre fumadores es dos veces mayor que entre no fumadores. También se ha identificado en distintos estudios que la presencia de ansiedad es otro factor que influye estrechamente. Por lo que por medio de la Escala de Zung y Conde y la Escala de Hamilton valoraremos ambos factores y si en efecto se encuentre mas aumentado entre la población fumadora. Por favor marque con una X la respuesta. Gracias.

**ESCALA AUTOAPLICABLE DE ZUNG Y CONDE PARA VALORAR
DEPRESION**

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

- A: muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente
- B: algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando
- C: Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente
- D: casi siempre, siempre, casi todo el tiempo

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido				
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
Ahora tengo tanto apetito como antes				
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto				
Creo que estoy adelgazando				
Estoy estreñado				
Tengo palpitaciones				
Me canso por cualquier cosa				
Mi cabeza esta tan despierta como antes				
Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto				
Tengo esperanza y confianza en el futuro				
Me siento más irritable que habitualmente				
Encuentro fácil tomar decisiones				
Me creo útil y necesario para la gente				
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
Creo que sería mejor para los demás si me muriera				
Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban				

Escala de Hamilton para la ansiedad						
(Modificado)						
<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Ausente</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy Grave</i>	<i>Total</i>
1. <i>Humor ansioso</i> (Preocupación, inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad, miedo al futuro)	0	1	2	3	4	
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, cansancio, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4	
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, al tráfico, etc.)	0	1	2	3	4	
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos, sensación de extrañeza al despertar)	0	1	2	3	4	
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, reducción de la memoria)	0	1	2	3	4	
6. <i>Humor depresivo</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4	
7. <i>Síntomas somáticos generales</i> (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, aumento del tono muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4	
8. <i>Síntomas somáticos generales</i> (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4	
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles, sensación de desvanecimiento)	0	1	2	3	4	
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (pesadez en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4	
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para deglutir, meteorismo, dispepsia, dolor abdominal, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismo, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4	
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia)	0	1	2	3	4	
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección, cefalea)	0	1	2	3	4	

TEST N° 1

**Test de Richmond Para valorar el grado de motivación para abandonar el habito
tabáquico**

Preguntas	Respuestas		Puntos
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera dejar de hacerlo fácilmente?	No	0	
	Sí	1	
2. ¿Con que ganas de 0 a 3 quiere dejarlo?	Nada	0	
	Poca	1	
	Bastante	2	
	Mucha	3	
3. ¿Intentara dejar de fumar en las próximas dos semanas?	No	0	
	Dudoso	1	
	Probable	2	
	Sí	3	
4. ¿Cree que dentro de seis meses no fumará?	No	0	
	Dudoso	1	
	Probable	2	
	Sí	3	
PUNTACION TOTAL			

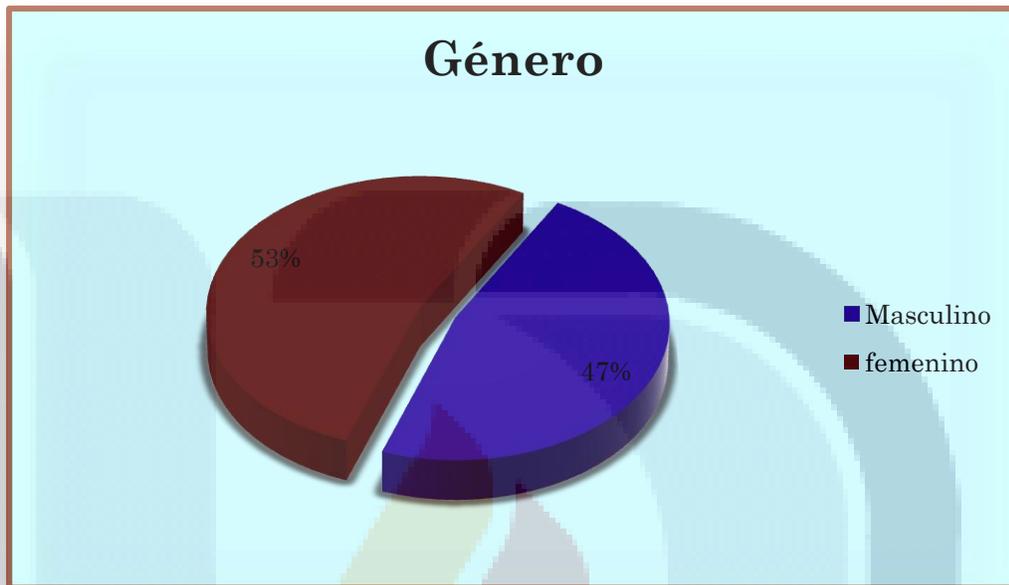
* 7 o más puntos se considera que la persona si está suficientemente motivada y convencida de querer abandonar el tabaco por lo que la ubicaríamos e una etapa de preparación dentro de las fases de deshabitación tabáquica de Prohaska

TEST N° 2

Test de Fageström Para valorar el grado de dependencia al tabaco

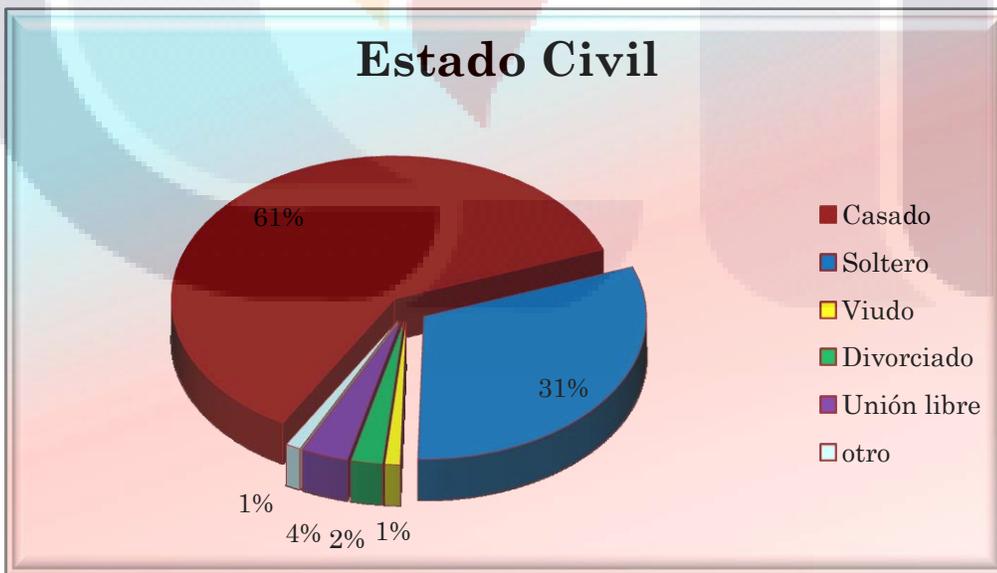
Preguntas	Respuestas	Puntos
1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma el primer cigarrillo del día?	*En 5 minutos o menos	3 puntos
	*En 6-30 minutos	2 puntos
	*En 31-60 minutos	1 punto
	*Después de 60 minutos	0 puntos
2. ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	*Sí	1 punto
	*No	0 puntos
3. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	*Al primero de la mañana	1 punto
	*A cualquiera de los demás	0 puntos
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	*10 o menos	0 puntos
	*11-20	1 punto
	*21-30	2 puntos
	*31 o más	3 puntos
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	*Sí	1 punto
	*No	0 puntos
6. ¿Fuma aunque este tan enfermo que haya que pasar la mayor parte del día en cama?	*sí	1 punto
	*No	0 puntos
PUNTACION TOTAL		

Grafica 1. Distribución de la muestra por género.



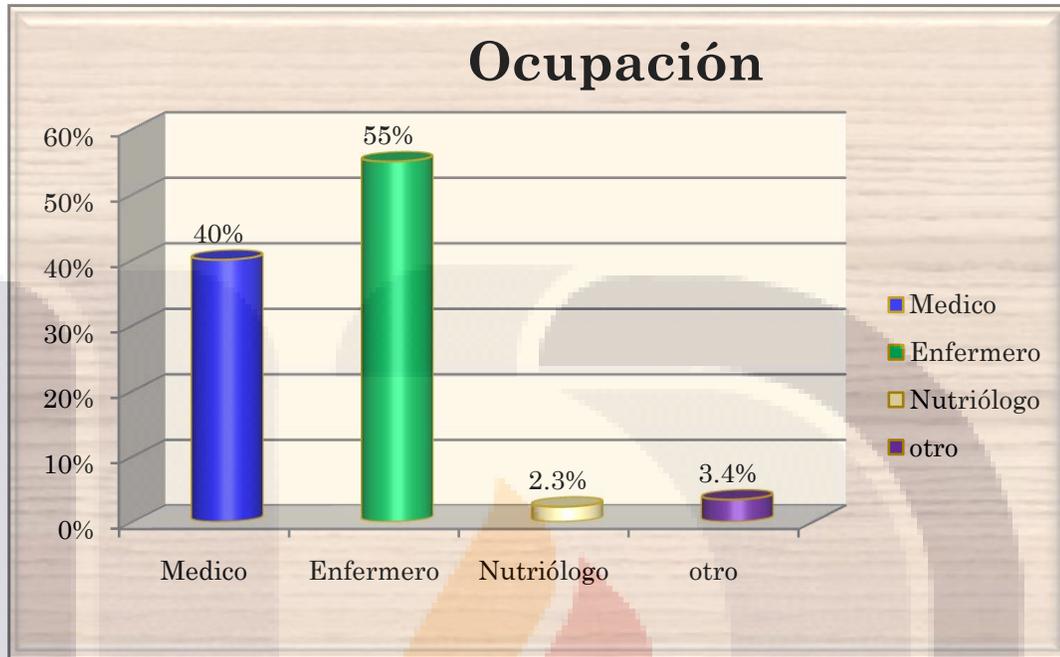
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 2. Distribución de la muestra por estado civil.



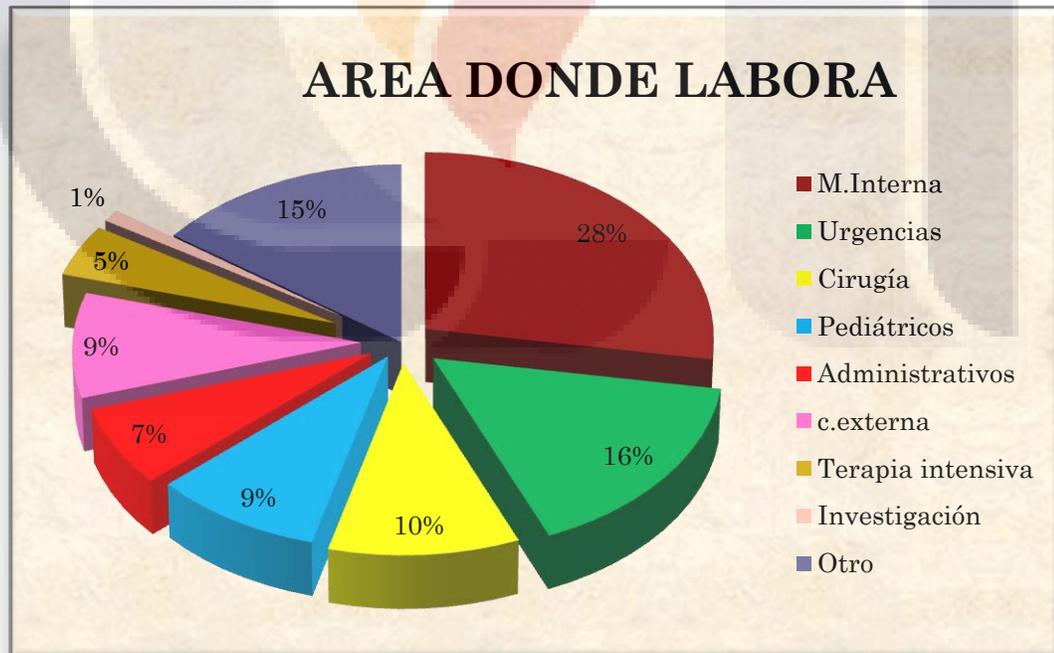
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 3. Distribución de la muestra por Ocupación.



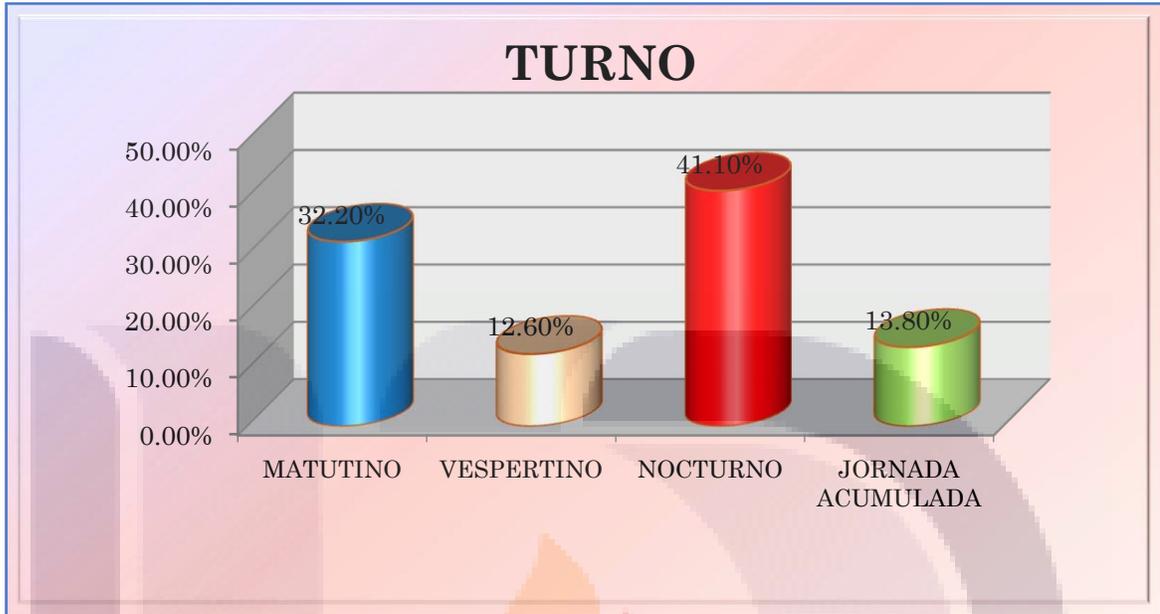
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 4. Distribución de la muestra por Área donde labora.



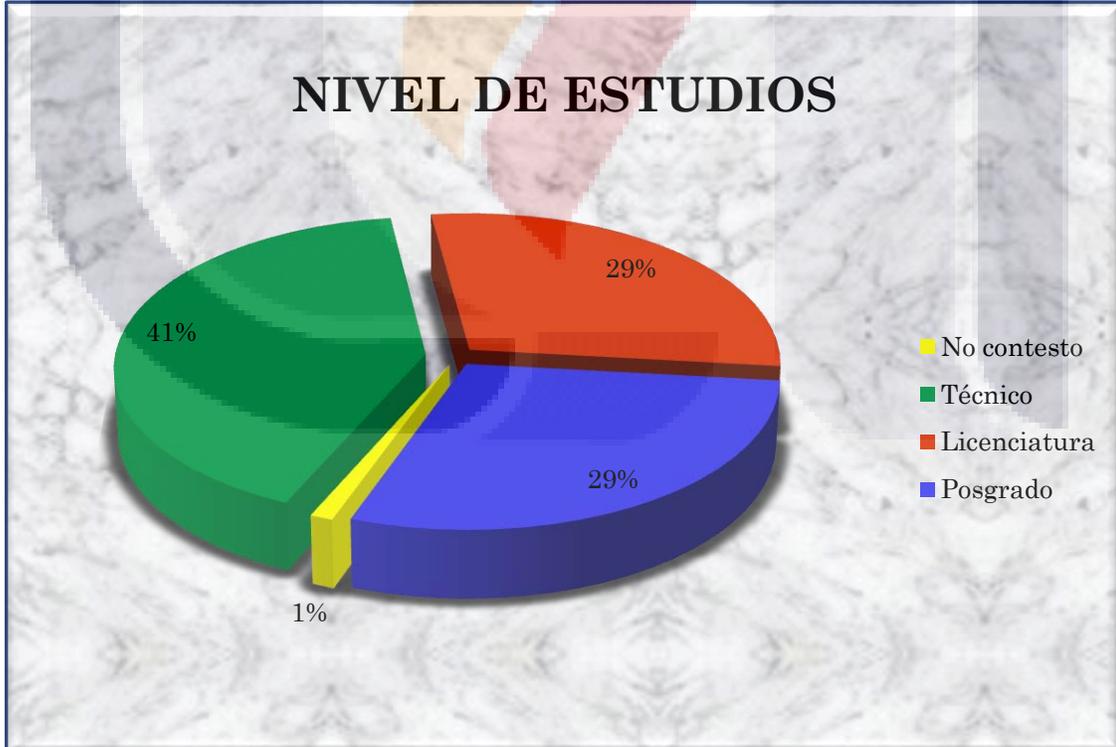
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 5. Distribución de la muestra por turno en que labora.



Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

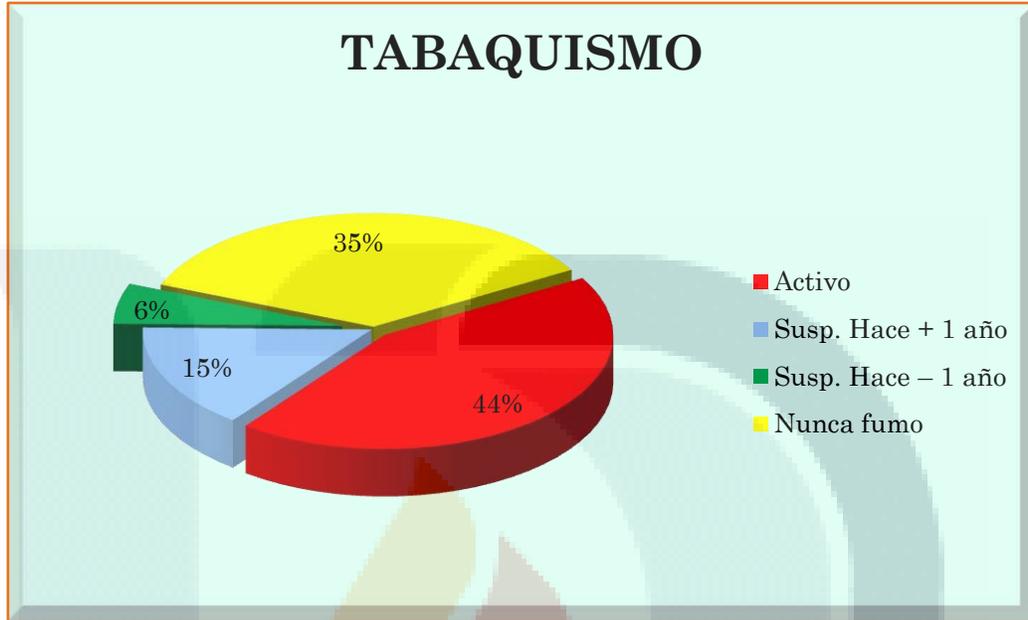
Grafica 6. Distribución de la muestra por Nivel de Estudios.



Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

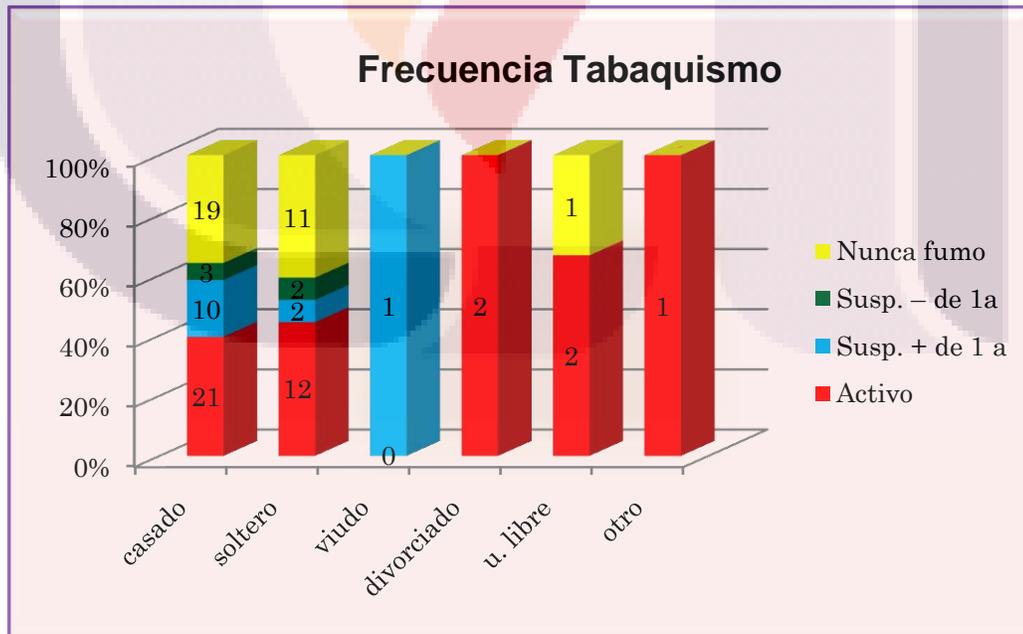
En cuanto a presencia y de tabaquismo en nuestro campo de estudio encontramos:

Grafica 7. Prevalencia de tabaquismo



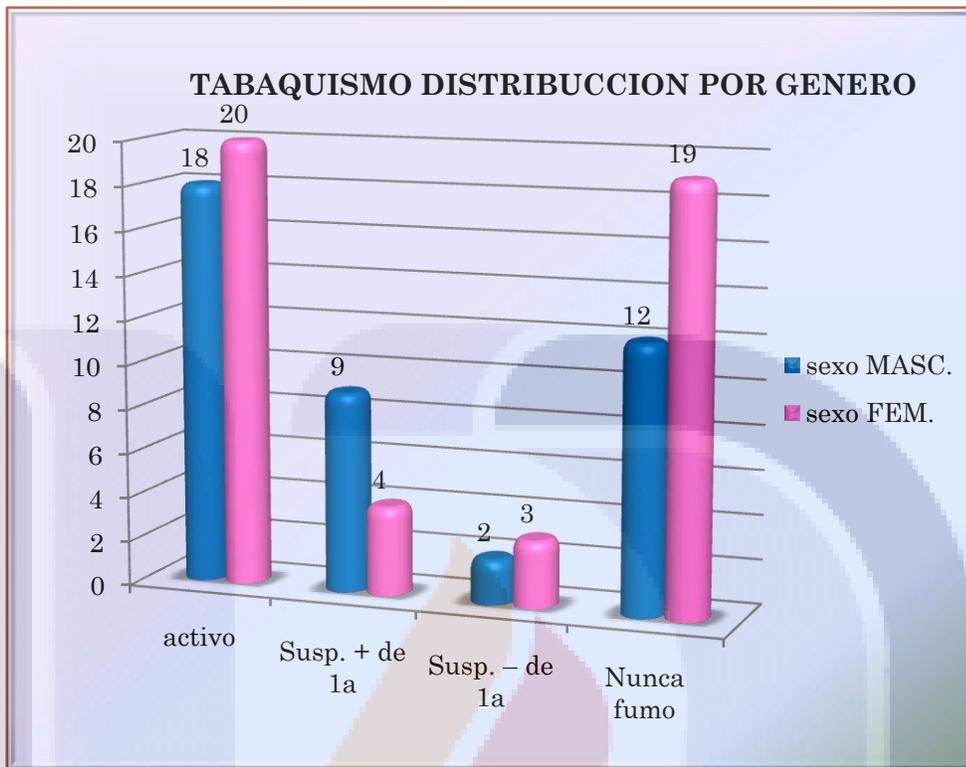
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 8. Frecuencia de tabaquismo por estado civil.



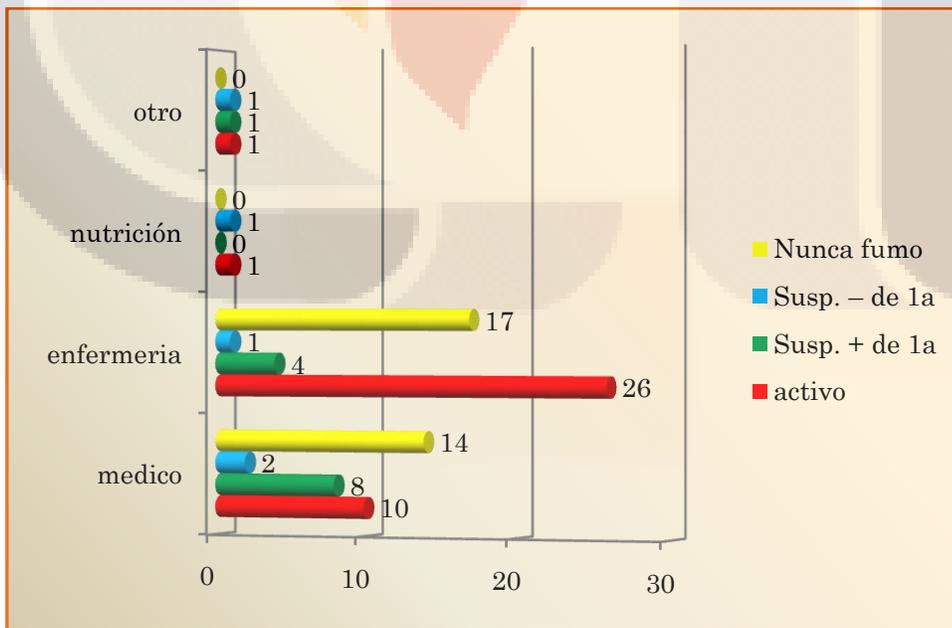
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 9. Frecuencia de tabaquismo por Género.



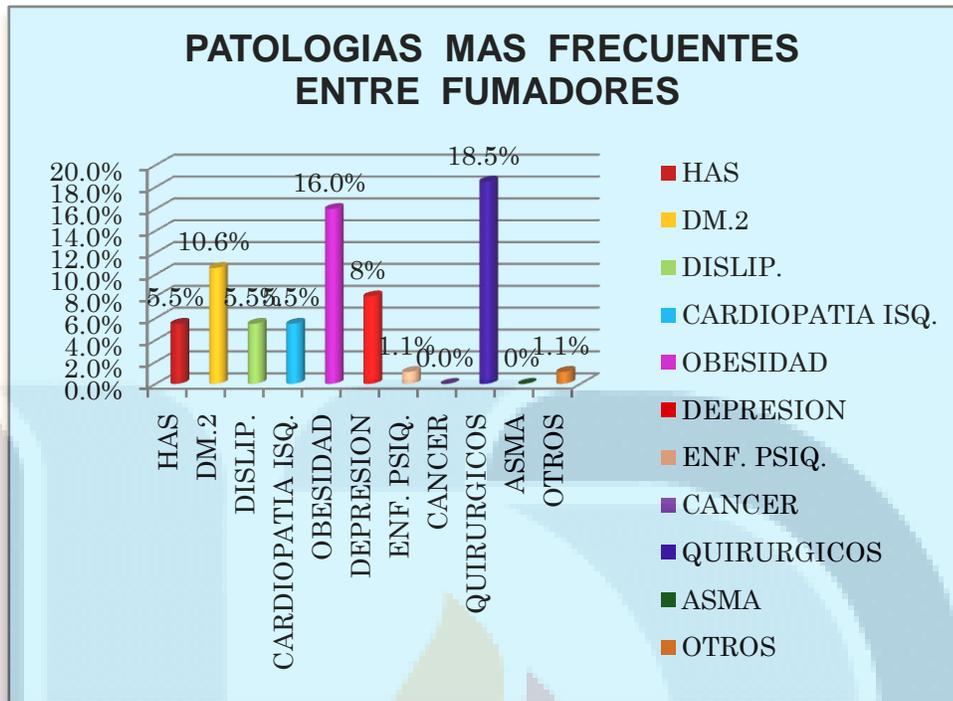
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 10. Frecuencia de tabaquismo por Ocupación.



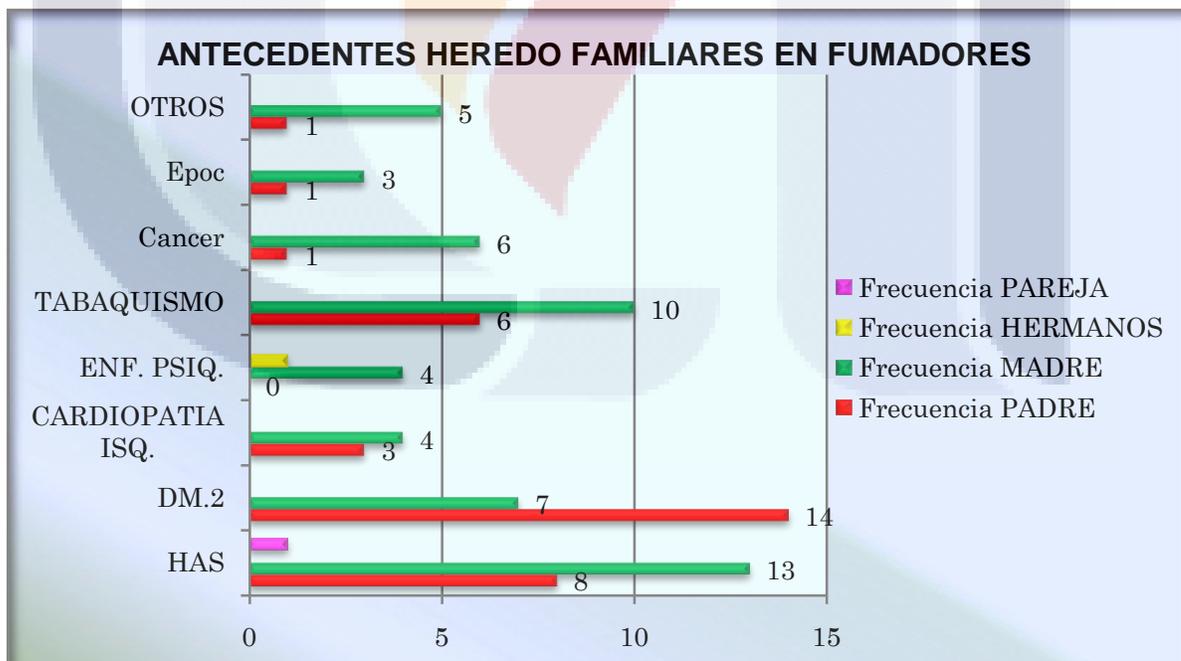
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 11. Patologías más frecuentes entre fumadores



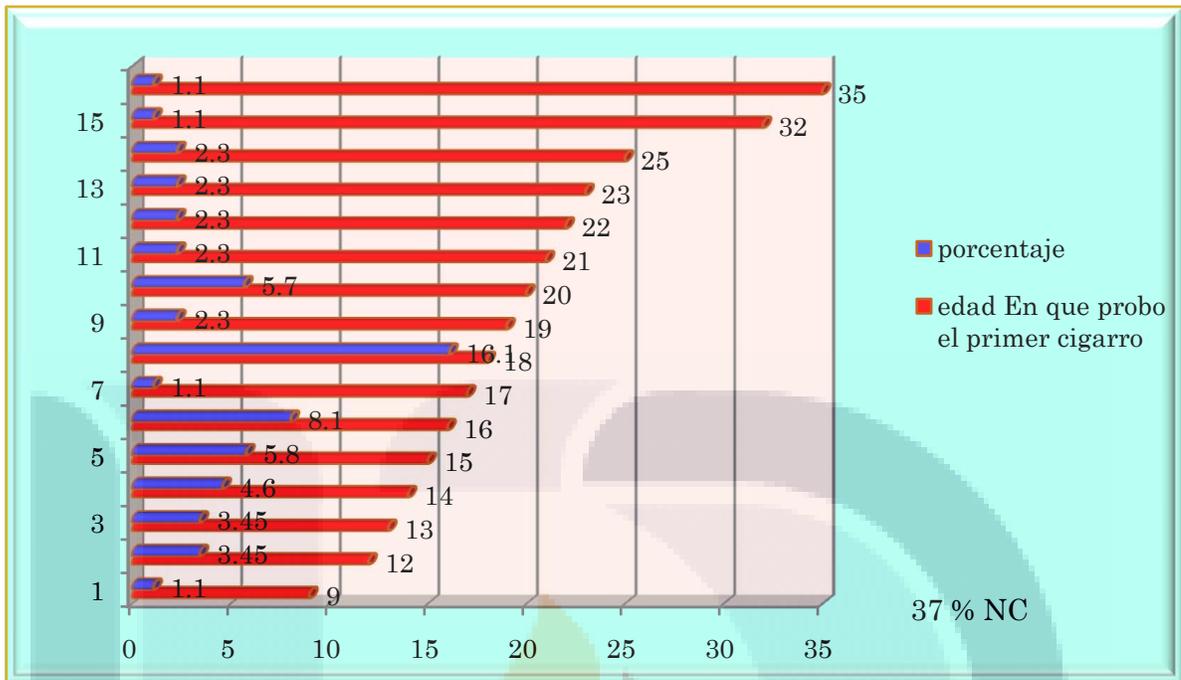
Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 12. Antecedentes Heredofamiliares en Fumadores



Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 13. Edad en que probo su primer cigarro



Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Grafica 14. Edad en que adquirió el habito tabáquico



Fuente: Datos de la Encuesta Aplicada

Tabla 12-23 Ley General para el Control del Tabaco.

Ley General para el Control del Tabaco

Capítulo I

Disposiciones Generales

Artículo 1. La presente Ley es de utilidad pública y sus disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el territorio nacional y las zonas sobre las que la nación ejerce su soberanía y jurisdicción. A falta de disposición expresa se aplicará supletoriamente la Ley General de Salud.

Artículo 2. La presente Ley se aplicará a las siguientes materias:

I. Control sanitario de los productos del tabaco, así como su importación, y

II. La protección contra la exposición al humo de tabaco.

Artículo 3. La concurrencia entre la federación y las entidades federativas en materia de la presente Ley se hará conforme a las disposiciones correspondientes de la Ley General de Salud.

Artículo 4. La orientación, educación, prevención, producción, distribución, comercialización, importación, consumo, publicidad, promoción, patrocinio, muestreo, verificación y en su caso la aplicación de medidas de seguridad y sanciones relativas a los productos del tabaco serán reguladas bajo los términos establecidos en esta Ley.

Artículo 5. La presente Ley tiene las siguientes finalidades:

I. Proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco;

II. Proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco;

III. Establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco;

IV. Establecer las bases para la producción, etiquetado, empaquetado, promoción, publicidad, patrocinio, distribución, venta, consumo y uso de los productos del tabaco;

V. Instituir medidas para reducir el consumo de tabaco, particularmente en los menores;

VI. Fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco;

VII. Establecer los lineamientos generales para el diseño y evaluación de legislación y políticas públicas basadas en evidencia contra el tabaquismo;

VIII. Establecer los lineamientos generales para la entrega y difusión de la información sobre los productos del tabaco y sus emisiones, y

IX. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos.

Artículo 6. Para efectos de esta Ley, se entiende por:

I. Cigarrillo: Cigarro pequeño de picadura envuelta en un papel de fumar;

II. Cigarro o Puro: Rollo de hojas de tabaco, que enciende por un extremo y se chupa o fuma por el opuesto;

III. Contenido: A la lista compuesta de ingredientes, así como los componentes diferentes del tabaco, como papel boquilla, tinta para impresión de marca, papel cigarro, filtro, envoltura de filtro y adhesivo de papel

IV. Control sanitario de los productos del Tabaco: Conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, que ejerce la Secretaría de Salud y otras autoridades competentes, con base en lo que establecen esta Ley, sus reglamentos, las normas oficiales mexicanas y demás disposiciones aplicables. Comprende diversas estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población reduciendo el consumo de productos del tabaco y la exposición al humo de tabaco de segunda mano;

V. Denuncia Ciudadana: Notificación hecha a la autoridad competente por cualquier persona respecto de los hechos de incumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables;

VI. Distribución: La acción de vender, ofrecer o exponer para la venta, dar, donar, regalar, intercambiar, transmitir, consignar, entregar, proveer o transferir la posesión de productos del tabaco para fines comerciales, u ofrecer hacerlo, ya sea a título oneroso o gratuito;

VII. Elemento de la marca: El uso de razones sociales, nombres comerciales, marcas, emblemas, rúbricas o cualquier tipo de señalización visual o auditiva, que identifique a los productos del tabaco;

VIII. Emisión: Es la sustancia producida y liberada cuando un producto del tabaco esté encendido o calentado, comprende nicotina, alquitrán, monóxido de carbono, así como la composición química que forman parte del humo de tabaco. En el caso de productos del tabaco para uso oral sin humo, se entiende como todas las sustancias liberadas durante el proceso de mascado o chupado y en el caso de productos del tabaco para uso nasal, son todas las sustancias liberadas durante el proceso de inhalación o aspiración;

IX. Empaquetado y etiquetado externos: Expresión que se aplica a todo envasado y etiquetado utilizados en la venta al por menor del producto de tabaco;

X. Espacio 100% libre de humo de tabaco: Aquella área física cerrada con acceso al público o todo lugar de trabajo interior o de transporte público, en los que por razones de orden público e interés social queda prohibido fumar, consumir o tener encendido cualquier producto de tabaco;

XI. Humo de Tabaco: Se refiere a las emisiones de los productos de tabaco originadas por encender o consumir cualquier producto del tabaco y que afectan al no fumador;

XII. Industria tabacalera: Es la conformada por los fabricantes, distribuidores, comercializadores e importadores;

XIII. Legislación y política basada en evidencias científicas: La utilización concienzuda, explícita y crítica de la mejor información y conocimiento disponible para fundamentar acciones en política pública y legislativa;

XIV. Ley: Ley General para el Control del Tabaco;

XV. Leyenda de advertencia: Aquella frase o mensaje escrito, impreso y visible en el empaquetado, en el etiquetado, el paquete, la publicidad, la promoción de productos del tabaco y otros anuncios que establezca la Secretaría de acuerdo a lo dispuesto en esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables;

XVI. Paquete: Es el envase o la envoltura en que se vende o muestra un producto de tabaco en las tiendas al por menor, incluida la caja o cartón que contiene cajetillas más pequeñas;

XVII. Patrocinio del tabaco: Toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, o el efecto de promover los productos del tabaco o el consumo de los mismos;

XVIII. Pictograma: Advertencia sanitaria basada en fotografías, dibujos, signos, gráficos, figuras o

símbolos impresos, representando un objeto o una idea, sin que la pronunciación de tal objeto o idea, sea tenida en cuenta;

XIX. Producto del Tabaco: Es cualquier sustancia o bien manufacturado preparado total o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinado a ser fumado, chupado, mascado o utilizado como rapé;

XX. Producir: Acción y efecto de elaborar productos del tabaco;

XXI. Promoción de la salud: Las acciones tendientes a desarrollar actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad;

XXII. Promoción y publicidad de los productos del tabaco: Toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, o el efecto de promover productos del tabaco, marca o fabricante, para venderlo o alentar su consumo, mediante cualquier medio, incluidos el anuncio directo, los descuentos, los incentivos, los reembolsos, la distribución gratuita, la promoción de elementos de la marca mediante eventos y productos relacionados, a través de cualquier medio de comunicación o difusión;

XXIII. Secretaría: La Secretaría de Salud;

XXIV. Suministrar: Acto de comercio que consiste en proveer al mercado de los bienes que los comerciantes necesitan, regido por las leyes mercantiles aplicables;

XXV. Tabaco: La planta "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilicen para ser fumado, chupado, mascado o utilizado como rapé;

XXVI. Verificador: Persona facultada por la autoridad competente para realizar funciones de vigilancia y actos tendientes a lograr el cumplimiento de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

Capítulo II Atribuciones de la Autoridad

Artículo 7. La aplicación de esta Ley estará a cargo de la Secretaría en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Economía, la Procuraduría General de la República y otras autoridades competentes.

Artículo 8. La Secretaría aplicará esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

Artículo 9. La Secretaría coordinará las acciones que se desarrollen contra el tabaquismo, promoverá y organizará los servicios de detección temprana, orientación y atención a fumadores que deseen abandonar el consumo, investigará sus causas y consecuencias, fomentará la salud considerando la promoción de actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad; y desarrollará acciones permanentes para disuadir y evitar el consumo de productos del tabaco principalmente por parte de niños, adolescentes y grupos vulnerables.

Artículo 10. Para efectos de lo anterior, la Secretaría establecerá los lineamientos para la ejecución y evaluación del Programa contra el Tabaquismo, que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:

I. La promoción de la salud;

II. El diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación del tabaquismo y de los padecimientos originados por él;

III. La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar al interior de los espacios libres de humo de

tabaco que establezca esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables;

IV. La elaboración periódica de un programa de seguimiento y evaluación de metas y logros del Programa contra el Tabaquismo que incluya al menos las conductas relacionadas al tabaco y su impacto en la salud;

V. El diseño de programas, servicios de cesación y opciones terapéuticas que ayuden a dejar de fumar combinadas con consejería y otras intervenciones, y

VI. El diseño de campañas de publicidad que promuevan la cesación y disminuyan las probabilidades de iniciarse en el consumo de los productos del tabaco.

Artículo 11. Para poner en práctica las acciones del Programa contra el Tabaquismo, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

I. La generación de la evidencia científica sobre las causas y consecuencias del tabaquismo y sobre la evaluación del programa;

II. La educación a la familia para prevenir el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes;

III. La vigilancia e intercambio de información, y

IV. La cooperación científica, técnica, jurídica y prestación de asesoramiento especializado.

Artículo 12. Son facultades de la Secretaría, de conformidad con lo dispuesto en esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables:

I. Coordinar todas las acciones relativas al control de los productos del tabaco y los productos accesorios al tabaco;

II. Establecer métodos de análisis para evaluar que la fabricación de productos del tabaco y sus accesorios se realice de conformidad con las disposiciones aplicables;

III. Determinar a través de disposiciones de carácter general sobre la información que los fabricantes deben proporcionar a las autoridades correspondientes y al público acerca de los productos del tabaco y sus emisiones;

IV. Determinar a través de disposiciones de carácter general lo relativo a las características, especificaciones y procedimientos relacionados con el envasado y etiquetado de los productos del tabaco, incluyendo lo relativo a paquetes individuales, cajetillas y al mayoreo;

V. Emitir las autorizaciones correspondientes para la producción, fabricación e importación de los productos del tabaco;

VI. Emitir las disposiciones para la colocación y contenido de los letreros que se ubicarán en lugares donde haya venta de productos del tabaco;

VII. Formular las disposiciones relativas a los espacios 100% libres de humo de tabaco;

VIII. Promover espacios 100% libres de humo de tabaco y programas de educación para un medio ambiente libre de humo de tabaco;

IX. Determinar a través de disposiciones de carácter general los requisitos o lineamientos para la importación de productos del tabaco;

X. Promover la participación de la sociedad civil en la ejecución del Programa contra el Tabaquismo, y

XI. Proponer al Ejecutivo Federal las políticas públicas para el control del tabaco y sus productos con base en evidencias científicas y en determinación del riesgo sanitario.

Artículo 13. Las compañías productoras, importadoras o comercializadoras de productos del tabaco, tendrán la obligación de entregar a la Secretaría la información relativa al contenido de los productos del tabaco, los ingredientes usados y las emisiones y sus efectos en la salud conforme a las disposiciones aplicables y hacerlas públicas a la población en general.

Título Segundo

Comercio, Distribución, Venta y Suministro de los Productos del Tabaco

Capítulo Único

Artículo 14. Todo establecimiento que produzca, fabrique o importe productos del tabaco requerirá licencia sanitaria de acuerdo con los requisitos que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 15. Quien comercie, venda, distribuya o suministre productos del tabaco tendrá las siguientes obligaciones:

I. Mantener un anuncio situado al interior del establecimiento con las leyendas sobre la prohibición de comercio, venta, distribución o suministro a menores;

II. Exigir a la persona que se presente a adquirir productos del tabaco que acredite su mayoría de edad con identificación oficial con fotografía, sin la cual no podrá realizarse lo anterior;

III. Exhibir en los establecimientos las leyendas de advertencia, imágenes y pictogramas autorizados por la Secretaría, y

IV. Las demás referentes al comercio, suministro, distribución y venta de productos del tabaco establecidos en esta Ley, en la Ley General de Salud, y en todas las disposiciones aplicables.

El presente artículo se sujetará a lo establecido en los reglamentos correspondientes y demás disposiciones aplicables.

Artículo 16. Se prohíbe:

I. Comerciar, vender, distribuir o suministrar cigarrillos por unidad o en empaques, que contengan menos de catorce o más de veinticinco unidades, o tabaco picado en bolsas de menos de diez gramos;

II. Colocar los cigarrillos en sitios que le permitan al consumidor tomarlos directamente;

III. Comerciar, vender, distribuir o exhibir cualquier producto del tabaco a través de distribuidores automáticos o máquinas expendedoras;

IV. Comerciar, vender o distribuir al consumidor final cualquier producto del tabaco por teléfono, correo, internet o cualquier otro medio de comunicación;

V. Distribuir gratuitamente productos del tabaco al público en general y/o con fines de promoción, y

VI. Comerciar, vender, distribuir, exhibir, promocionar o producir cualquier objeto que no sea un producto del tabaco, que contenga alguno de los elementos de la marca o cualquier tipo de diseño o señal auditiva que lo identifique con productos del tabaco.

Artículo 17. Se prohíben las siguientes actividades:

- I. El comercio, distribución, donación, regalo, venta y suministro de productos del tabaco a menores de edad;
- II. El comercio, distribución, donación, regalo, venta y suministro de productos del tabaco en instituciones educativas públicas y privadas de educación básica y media superior, y
- III. Emplear a menores de edad en actividades de comercio, producción, distribución, suministro y venta de estos productos.

Título Tercero Sobre los Productos del Tabaco

Capítulo I Empaquetado y Etiquetado

Artículo 18. En los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, de conformidad con lo establecido en esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables, deberán figurar leyendas y pictogramas o imágenes de advertencia que muestren los efectos nocivos del consumo de los productos del tabaco, además se sujetarán a las siguientes disposiciones:

- I. Serán formuladas y aprobadas por la Secretaría;
- II. Se imprimirán en forma rotatoria directamente en los empaques;
- III. Serán de alto impacto preventivo, claras, visibles, legibles y no deberán ser obstruidas por ningún medio;
- IV. Deberán ocupar al menos el 30% de la cara anterior, 100% de la cara posterior y el 100% de una de las caras laterales del paquete y la cajetilla;
- V. Al 30% de la cara anterior de la cajetilla se le deberán incorporar pictogramas o imágenes;
- VI. El 100% de la cara posterior y el 100% de la cara lateral serán destinados al mensaje sanitario, que del mismo modo será rotativo, deberá incorporar un número telefónico de información sobre prevención, cesación y tratamiento de las enfermedades o efectos derivados del consumo de productos del tabaco, y
- VII. Las leyendas deberán ser escritas e impresas, sin que se invoque o haga referencia a alguna disposición legal directamente en el empaquetado o etiquetado.

La Secretaría publicará en el Diario Oficial de la Federación las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas y mensajes sanitarios que se incorporarán en los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, de acuerdo a lo establecido en esta Ley.

Artículo 19. Además de lo establecido en el artículo anterior, todos los paquetes de productos del tabaco y todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, deberán contener información sobre sus contenidos, emisiones y riesgos de conformidad con las disposiciones aplicables. Las autoridades competentes deberán coordinarse para tales efectos.

Artículo 20. En los paquetes de productos del tabaco, y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, no se promocionarán mensajes relacionados con estos productos de manera falsa, equívoca o engañosa que pudiera inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones.

No se emplearán términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercios, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto del tabaco es menos nocivo que otro.

De manera enunciativa más no limitativa quedan prohibidas expresiones tales como "bajo contenido de alquitrán", "ligeros", "ultra ligeros" o "suaves".

Artículo 21. En todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, para su comercialización dentro del territorio nacional, deberá figurar la declaración: "Para venta exclusiva en México".

Artículo 22. Las leyendas de advertencia y la información textual establecidas en este capítulo, deberán figurar en español en todos los paquetes y productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos.

Este requisito será aplicable para la comercialización dentro del territorio nacional.

Capítulo II Publicidad, Promoción y Patrocinio

Artículo 23. Queda prohibido realizar toda forma de patrocinio, como medio para posicionar los elementos de la marca de cualquier producto del tabaco o que fomente la compra y el consumo de productos del tabaco por parte de la población.

La publicidad y promoción de productos del tabaco únicamente será dirigida a mayores de edad a través de revistas para adultos, comunicación personal por correo o dentro de establecimientos de acceso exclusivo para aquéllos.

La industria, los propietarios y/o administradores de establecimientos donde se realice publicidad o promoción de estos productos deberán demostrar la mayoría de edad de los destinatarios de la misma.

Artículo 24. Se prohíbe emplear incentivos que fomenten la compra de productos del tabaco y no podrá distribuirse, venderse u obsequiarse, directa o indirectamente, ningún artículo promocional que muestre el nombre o logotipo de productos del tabaco.

Artículo 25. Las publicaciones de comunicaciones internas para la distribución entre los empleados de la industria tabacalera no serán consideradas publicidad o promoción para efectos de esta Ley.

Capítulo III Consumo y Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco

Artículo 26. Queda prohibido a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en los espacios 100% libres de humo de tabaco, así como en las escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior.

En dichos lugares se fijará en el interior y en el exterior los letreros, logotipos y emblemas que establezca la Secretaría.

Artículo 27. En lugares con acceso al público, o en áreas interiores de trabajo, públicas o privadas, incluidas las universidades e instituciones de educación superior, deberán existir zonas exclusivamente para fumar, las cuales deberán de conformidad con las disposiciones reglamentarias:

I. Ubicarse en espacios al aire libre, o

II. En espacios interiores aislados que dispongan de mecanismos que eviten el traslado de partículas hacia los espacios 100% libres de humo de tabaco y que no sea paso obligado para los no fumadores.

Artículo 28. El propietario, administrador o responsable de un espacio 100% libre de humo de tabaco, estará obligado a hacer respetar los ambientes libres de humo de tabaco establecidos en los artículos anteriores.

Artículo 29. En todos los espacios 100% libres de humo de tabaco y en las zonas exclusivamente para fumar, se colocarán en un lugar visible letreros que indiquen claramente su naturaleza, debiéndose incluir un número telefónico para la denuncia por incumplimiento a esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

Título Cuarto

Medidas para Combatir la Producción Ilegal y el Comercio Ilícito de Productos del Tabaco

Capítulo Único

Artículo 30. La Secretaría vigilará que los productos del tabaco y productos accesorios al tabaco materia de importación cumplan con esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

En los casos en que los productos de importación no reúnan los requisitos o características que establezca la legislación correspondiente, la Secretaría aplicará las medidas de seguridad que correspondan de acuerdo con la Ley General de Salud.

Artículo 31. Se requiere permiso sanitario previo de importación de la Secretaría para la importación de productos del tabaco.

Artículo 32. La importación de productos del tabaco y de productos accesorios al tabaco, se sujetará a las siguientes bases:

I. Los importadores y distribuidores deberán tener domicilio en México;

II. Podrán importarse los productos del tabaco y los productos accesorios al tabaco, siempre que el importador exhiba la documentación establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley, y

III. La Secretaría podrá muestrear y analizar los productos del tabaco y los productos accesorios al tabaco importados, a fin de verificar el cumplimiento de las disposiciones aplicables. Cuando se encuentre que el producto muestreado no cumple con las disposiciones citadas, la Secretaría procederá conforme a lo establecido en esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

Artículo 33. La Secretaría, a través de los verificadores y en coordinación con las autoridades correspondientes, está facultada para intervenir en puertos marítimos y aéreos, en las fronteras y, en general, en cualquier punto del territorio nacional, en relación con el tráfico de productos del tabaco y de los productos accesorios al tabaco, para los efectos de identificación, control y disposición sanitarios.

Artículo 34. La Secretaría participará en las acciones que se realicen a fin de prevenir el comercio, distribución, venta y fabricación ilícita de productos del tabaco y de productos accesorios al tabaco.

Título Quinto De la Participación Ciudadana

Capítulo Único

Artículo 35. La Secretaría promoverá la participación de la sociedad civil en la prevención del tabaquismo y el control de los productos del tabaco en las siguientes acciones:

- I.** Promoción de los espacios 100% libres de humo de tabaco;
- II.** Promoción de la salud comunitaria;
- III.** Educación para la salud;
- IV.** Investigación para la salud y generación de la evidencia científica en materia del control del tabaco;
- V.** Difusión de las disposiciones legales en materia del control de los productos del tabaco;
- VI.** Coordinación con los consejos nacional y estatales contra las adicciones, y
- VII.** Las acciones de auxilio de aplicación de esta Ley como la denuncia ciudadana.

Título Sexto Cumplimiento de esta Ley

Capítulo I Disposiciones Generales

Artículo 36. Corresponde a la Secretaría con base en lo dispuesto en la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables:

- I.** Expedir las autorizaciones requeridas por esta Ley;
- II.** Revocar dichas autorizaciones;
- III.** Vigilar el cumplimiento de esta Ley, y
- IV.** Ejecutar los actos del procedimiento para aplicar medidas de seguridad y sanciones.

Para dar cumplimiento a lo anterior, la Secretaría emitirá las disposiciones correspondientes.

Capítulo II De la Vigilancia Sanitaria

Artículo 37. Los verificadores serán nombrados y capacitados por la Secretaría, de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Artículo 38. Los verificadores realizarán actos de orientación, educación, verificación de las disposiciones de esta Ley, de la Ley General de Salud y otras disposiciones en materia de control sanitario de los productos del tabaco.

Artículo 39. Los verificadores podrán realizar visitas ordinarias y extraordinarias, sea por denuncia ciudadana u otro motivo, de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud, de esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 40. La labor de los verificadores en ejercicio de sus funciones, así como la de las autoridades federales, estatales o municipales, no podrá ser obstaculizada bajo ninguna circunstancia.

Artículo 41. Las acciones de vigilancia sanitaria que lleven a cabo las autoridades competentes para efecto de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables, se realizarán de conformidad con los procedimientos establecidos en la Ley General de Salud.

Capítulo III De la Denuncia Ciudadana

Artículo 42. Cualquier persona podrá presentar ante la autoridad correspondiente una denuncia en caso de que observe el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones establecidas en esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

Artículo 43. La autoridad competente salvaguardará la identidad e integridad del ciudadano denunciante.

Artículo 44. La Secretaría pondrá en operación una línea telefónica de acceso gratuito para que los ciudadanos puedan efectuar denuncias, quejas y sugerencias sobre los espacios 100% libres de humo de tabaco así como el incumplimiento de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

Título Séptimo De las Sanciones

Capítulo Único

Artículo 45. El incumplimiento a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionados administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Artículo 46. Las sanciones administrativas podrán ser:

- I. Amonestación con apercibimiento;
- II. Multa;
- III. Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y

IV. Arresto hasta por treinta y seis horas.

Artículo 47. Al imponer una sanción, la autoridad sanitaria fundará y motivará la resolución, tomando en cuenta:

I. Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas;

II. La gravedad de la infracción;

III. Las condiciones socio-económicas del infractor;

IV. La calidad de reincidente del infractor, y

V. El beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción.

Artículo 48. Se sancionará con multa:

I. De hasta cien veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 26 de esta Ley;

II. De mil hasta cuatro mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, el incumplimiento de las disposiciones contenidas en los artículos 14, 15, 16, 27 y 28 de esta Ley, y

III. De cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, el incumplimiento de las disposiciones contenidas en los artículos 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 31 y 32, de esta Ley.

Artículo 49. En caso de reincidencia se duplicará el monto de la multa que corresponda. Para los efectos de este capítulo se entiende por reincidencia, que el infractor incumpla la misma disposición de esta Ley o sus reglamentos dos o más veces dentro del periodo de un año, contado a partir de la fecha en que se le hubiera notificado la sanción inmediata anterior.

Artículo 50. El monto recaudado producto de las multas será destinado al Programa contra el Tabaquismo y a otros programas de salud prioritarios.

Artículo 51. Procederá la clausura temporal o definitiva, parcial o total según la gravedad de la infracción y las características de la actividad o establecimiento de acuerdo con lo señalado en el artículo 425 y 426 de la Ley General de Salud, ordenamiento de aplicación supletoria a esta Ley.

Artículo 52. Se sancionará con arresto hasta por 36 horas de acuerdo con lo estipulado en el artículo 427 de la Ley General de Salud, ordenamiento de aplicación supletoria a esta Ley.

Artículo 53. Cuando con motivo de la aplicación de esta Ley, se desprenda la posible comisión de uno o varios delitos, la autoridad correspondiente formulará la denuncia o querrela ante el Ministerio Público sin perjuicio de la sanción administrativa que proceda.

Artículo 54. Los verificadores estarán sujetos a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Artículo 55. En todo lo relativo a los procedimientos para la aplicación de medidas de seguridad y sanciones, los recursos de inconformidad y prescripción, se aplicará lo establecido en las disposiciones de la Ley General de Salud.

TRANSITORIOS

PRIMERO. La presente Ley entrará en vigor 90 días después de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. El Reglamento sobre Consumo de Tabaco, permanecerá vigente hasta en tanto se emitan las disposiciones reglamentarias de esta Ley.

TERCERO. En términos de lo dispuesto por los artículos 26 y 27 de esta Ley los propietarios, administradores o responsables de los establecimientos que pretendan contar con zonas exclusivamente para fumar, contarán con 180 días después de la publicación en el Diario Oficial de la Federación de esta Ley para efecto de llevar a cabo las modificaciones o adecuaciones necesarias en dichas zonas.

En caso de que los propietarios, administradores o responsables de los establecimientos referidos en el párrafo anterior no cuenten con las posibilidades económicas o de infraestructura necesarias para llevar a cabo las modificaciones o adecuaciones señaladas, podrán recurrir a la Secretaría dentro del periodo especificado en el párrafo anterior a efectos de celebrar los convenios o instrumentos administrativos necesarios que les permitan dar cumplimiento a la presente Ley.

CUARTO. Las acciones que, en cumplimiento a lo dispuesto en este instrumento y en razón de su competencia, corresponda ejecutar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, deberán sujetarse a los ingresos aprobados en la Ley de Ingresos del ejercicio fiscal correspondiente, así como a la disponibilidad presupuestaria que se apruebe para dichos fines en el Presupuesto de Egresos de la Federación y a las disposiciones de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

ARTÍCULO SEGUNDO.

ARTÍCULO TERCERO.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor a los 90 días después de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Se emitirán los reglamentos a los que se refiere esta Ley, a más tardar 180 días después de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TERCERO. Todos los procedimientos, recursos administrativos y demás asuntos relacionados con las materias a que refiere esta Ley, iniciados con anterioridad a la entrada en vigor al presente Decreto, se tramitarán y resolverán conforme a las disposiciones vigentes en ese momento.