

250



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

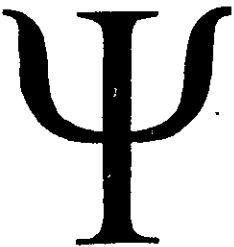
FACULTAD DE PSICOLOGIA

090 697

ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

ANALISIS DE EFECTOS Y COMPONENTES EN LA
LITERATURA ESPECIALIZADA CONTEMPORANEA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
SILVIA DEL ROSARIO UNZUETA GRANADOS

DIRECTOR DE TESIS: MARIANA GUTIERREZ LARA



CIUDAD UNIVERSITARIA,

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN GENERAL

CAPÍTULO I
"TABAQUISMO"

-ANTECEDENTES HISTÓRICOS
DEL TABAQUISMO

-COMPONENTES DEL TABACO

-EPIDEMIOLOGIA ACTUAL

CAPÍTULO II
ASPECTOS FÍSICOS DEL
TABAQUISMO

-DAÑOS A LA SALUD: ANATÓMICOS Y
FISIOLÓGICOS

-TABAQUISMO Y ASPECTOS PSICOSOCIALES

-TABAQUISMO PASIVO

-ASPECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS
DEL TABAQUISMO

-MOTIVOS DE INICIO

-MODELOS DE ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DE
LA CONDUCTA DE FUMAR

CAPÍTULO III
ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

-MÉTODOS EXISTENTES

-ESTRATEGIAS O METODOS CON MAYOR
EXITO Y EFICACIA

CAPITULO IV
CLÍNICAS DE TABAQUISMO DE LA CIUDAD

RESUMEN

Muchos Institutos han llevado años diseñando programas de investigación para desarrollar estrategias efectivas para eliminar la conducta de fumar. Como consecuencia de esto, se cuenta actualmente con diversas técnicas que pueden utilizarse en una amplia gama de situaciones, ya sea de manera individual o grupal, dependiendo de que tipo de fumador este categorizado, donde lo vemos en la prueba de Fargestrom, para saber si estamos hablando de una población homogeneizada que entra a grupo, con ciertas características de un fumador que necesita terapia.

Es necesario que existan estrategias que modifiquen la conducta de los fumadores y que al mismo tiempo resuelvan las necesidades físicas secundarias de la adicción.

Dada la importancia del problema del tabaquismo, la Psicología, como otras disciplinas, no ha ignorado este grave problema y se ha evocado a investigarlo y aportar alternativas (estrategias) eficaces de solución, el inconveniente con esto, es que no existe la suficiente investigación en cuanto al postratamiento y esto hace que bajen su tasas de efectividad en la abstinencia y no todas las clínicas que existen en la Ciudad de México cuenta con el seguimiento de los pacientes y por ello carecen dichos programas de validez científica probada.

En el primer capítulo se da un panorama general del tabaquismo, antecedentes históricos, componentes del tabaco, epidemiología actual, mencionando los datos más recientes encontrados a nivel mundial, en América y en nuestro país. Dentro del segundo capítulo se hablará de los aspectos médicos-físicos señalando los daños a la salud: anatómicos y fisiológicos que provoca el fumar, aspectos psicosociales del tabaquismo en nuestra sociedad, como les afecta a terceros el inhalar el humo del cigarro-tabaquismo pasivo, como se encuentra actualmente la manufactura y economía del tabaco, los motivos por lo cuales se inicia a fumar y el mantenimiento de seguir la conducta de fumador. En el tercer capítulo teniendo en cuenta la importancia que representan el tabaquismo como conducta adictiva y las estrategias para dejar de fumar como alternativas terapéuticas, así como también la investigación más actual de la interrelación de dichos fenómenos, se hablará de cuantas estrategias existen en todo el mundo y las que se usan en nuestro país, indicando un cuadro de los porcentajes de efectividad de cada tratamiento. En el cuarto capítulo se expondrán las clínicas para tratar el tabaquismo que existen en la Ciudad de México indicando como se encuentra estructurada cada una de ellas de acuerdo a lo reportado con las personas entrevistadas, señalando la estructura de cada una de las clínicas de tabaquismo, si siguen un modelo, en qué se basa, qué personas son las que aplican el tratamiento, si usan grupo control, cuales son los criterios de inclusión o exclusión que usan, la estructura de los indicadores, la evaluación de resultados con respecto a los objetivos, si se hace seguimiento, si tienen algún programa para manejo de recaídas, resultados de efectividad, este es el punto que más nos interesaría ya que se encontró que a pesar de que en la mayoría de las clínicas llevan un método Cognitivo-Conductual aunado con la TRN (terapia de reemplazo de nicotina), todas reportan altas tasas de efectividad, pero de las doce clínicas certificadas en la Ciudad de México, solo dos presentan reportes de publicación de resultados científicamente probados a nivel de las máximas instituciones de salud (SSA, CONADIC, OMS, OPS), lo que nos indica que sus resultados son mayormente confiables. Por otra parte, otro punto de interés, es que de acuerdo a los resultados se

necesita continuar con el seguimiento de cada paciente al término de su tratamiento, en por lo menos un año, para saber si recayó, que herramientas está usando para afrontar los riesgos, etc; pero en la gran mayoría de las clínicas solo se hace en los primeros meses. En la parte final de este capítulo se encuentra un cuadro, resumiendo lo más importante de lo que se investigó. En la conclusión se hará un análisis general de los capítulos anteriores, tratando de aclarar la situación actual y las expectativas futuras en la relación de las variables: tabaquismo y estrategias para dejar de fumar, así como mencionar las limitaciones que existen en cuanto a los tratamientos, las clínicas y finalmente algunas sugerencias para futuras investigaciones.

INTRODUCCION GENERAL

El objetivo de la presente tesis fue el conocer y documentar las investigaciones y programas de tratamiento que se han hecho respecto a las variables denominadas "tabaquismo" y "estrategias para dejar de fumar", con la finalidad de conocer las ventajas en cuanto a los diferentes tipos de programas de tratamientos para dejar de fumar, así como conocer las limitaciones que existen con respecto a estos; se necesita hacer más investigaciones continuas, modificaciones o actualización en determinado tiempo de dichos tratamientos, así como aportar nuevos métodos para reducir la adicción al tabaco.

Los beneficios que se obtendrán en la presente tesis documental, fueron como precisamente su nombre lo dice, documentar al lector acerca del tabaquismo, dándole un panorama general e informarle de lo más actualizado que existe en cuanto a métodos para dejar de fumar, así como también, darle a conocer como se encuentran integradas las Clínicas de tabaquismo de la Ciudad de México y la propuesta de un instrumento bioquímico para hacer un seguimiento de abstinencia a largo tiempo.

El tabaquismo es definido como una enfermedad sistémica progresiva asociado a la adicción de la nicotina, puede considerarse como una conducta inadecuada que afecta al individuo que fuma y también a los que están a su alrededor. (INER,1999).

El tabaquismo es un grave problema de salud pública, es la causa número uno de muertes y enfermedades prevenibles, es responsable en México de más de 44, 652 muertes al año (INER, 1999). La clasificación del tabaquismo como problema de salud pública empezó a reconocerse a partir de la década de los cincuenta en los países desarrollados que desde entonces abrieron líneas de investigación para medir y precisar los daños provocados por el consumo del tabaco. A pesar de que el tabaquismo es un problema al que nos enfrentamos en todo el mundo, la intervención terapéutica más relevante que se podría ofrecer a los fumadores es dejar de fumar.

La pérdida de vidas, el ausentismo laboral por enfermedad, los costos sociales y económicos, y la clasificación como problema epidémico que empieza a gestarse en edades tempranas en la mayoría de los grupos sociales, así como el encuadramiento del tabaquismo en el terreno de las adicciones, han dado pautas de acción y de alerta a todo el mundo, para que actúen pronta y decisivamente en el combate a este daño a la salud.

Ha sido en los últimos años cuando se ha reconocido que el hábito de fumar tabaco constituye una de las conductas adictivas más difíciles de abandonar, así como una de las más frecuentes, sin embargo prevenible para reducir muertes. Existen reportes, tanto de nuestro país como del mundo, que señalan que el 70% de los fumadores desea dejar de fumar o por lo menos lo ha intentado, pero sólo el 15% logra hacerlo de forma permanente antes de los 60 años. La mayoría son fumadores regulares que en muy rara ocasión pueden dejar de fumar durante una o dos horas. (INER, 1999).

El CONADIC, señala que "si se hiciera una suma de las diversas causas de mortalidad, podríamos llegar a la conclusión de que los padecimientos ocasionados por el consumo del tabaco serían aproximadamente 44%, el Sida 4%, accidentes por vehículo 13%; uso de drogas ilícitas 2%" (Castrejón José, 1999, <http://www.Gaceta> de la Facultad de medicina.tab.com.mx).

A los fumadores les resulta muy difícil dejar de fumar, debido a la dependencia física, psicológica y en parte por los estímulos sociales, ocasionada por el consumo regular de cigarrillos; esto realza la importancia de encontrar estrategias efectivas y útiles para su prevención y tratamiento.

Dejar de fumar no es fácil. Sabemos que la nicotina es un poderoso adictivo. Esto es un reto para todos nosotros y debemos enfrentarlo porque sabemos que lograr que más fumadores dejen de serlo es la llave para reducir la tasa proyectada por muertes ocasionadas por el tabaco en las próximas décadas. La mayoría de los fumadores que exitosamente dejan de fumar, lo hacen sin ninguna ayuda formal.

CAPITULO I

“TABAQUISMO”

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TABAQUISMO.

El tabaco, es una sustancia adictiva de uso más generalizado que se ha conocido a lo largo de la historia de la humanidad. Desde su llegada a Europa, traída por los españoles desde América, su comercialización y consumo han crecido en progresión constante.

No hay un acuerdo sobre el consumo necesarios para hablar de tabaquismo como adicción, aunque tampoco la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) es excesivamente explícita cuando define la dependencia como: <<una pauta de conducta en la que el uso de una sustancia psicoactiva tiene una absoluta prioridad sobre otras actividades que tuvieron anteriormente un valor significativamente alto>>, usualmente se considera adicción tabáquica o tabaquismo:

Al consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos, en forma que supone un riesgo para la salud a medio o largo plazo. (Roales-Nieto, 1994).

A esto habría que añadir el riesgo para la salud provocado para otras personas presentes (fumadores pasivos) como consecuencia de la inhalación del humo generado por la combustión de los cigarrillos consumidos por el fumador.

En los fumadores aparecen tolerancia y síndrome de abstinencia como consecuencia del cese de ingesta (este aspecto continúa sometido a controversia científica). El Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM) que elabora y publica la American Psychiatric Association (APA), reconoce, en el avance de su nueva versión (DSM-IV, APA, 1991), al diagnóstico de trastornos por uso de nicotina como una de las alteraciones específicas relacionadas con sustancias, e incluye dentro de dicha categoría la dependencia nicotínica, la abstinencia nicotínica y el trastorno no especificado por uso de nicotina. Como características de los trastornos por uso de nicotina se señalan: a) el uso diario de nicotina durante al menos varias semanas; y b) la aparición de disforia o abatimiento, insomnio, ansias o deseos de nicotina, irritabilidad, frustración o enfado, ansiedad, dificultad de concentración, descenso o aumento en la tasa cardíaca, aumento en el apetito o ganancia de peso y dificultades en el descanso, como consecuencia del cese abrupto en el uso de la nicotina o de la reducción de la cantidad de nicotina ingerida (Roales y Calero, 1994).

Roales y Calero (1994) apuntan, que además el consumo crónico de tabaco fumado cumple prácticamente todas las características que se señalan en el borrador avanzado del DSM-IV como definidoras de la dependencia de sustancias y del abuso de sustancias, por lo que, estrictamente hablando, el consumo de tabaco fumado en un patrón típico de fumador habitual (esto es, diario y en torno a 20 cigarrillos/al día) podría ser considerado un caso de comportamiento de abuso y dependencia de una sustancia psicoactiva o droga: la nicotina.

El tabaco, como droga legal que es, sólo llama la atención de los profesionales clínicos de la medicina, la psicología y áreas afines, por sus consecuencias para la salud ampliamente demostradas, y por el hecho especial de ser la única forma de conducta adictiva que lleva aparejado el consumo involuntario contingente de otras personas que

estén en presencia del consumidor; aun cuando se debe reconocer a los consumidores del tabaco el derecho a seguir consumiendo un producto al margen del riesgo que suponga para su propia salud, resulta también obvio que su consumo público debe ser controlado para impedir que otras personas se vean expuestas a tales riesgos contra su voluntad. (Roales-Nieto, 1994)

Fumar es la causa aislada más importante de muerte prematura en los países desarrollados; pero, algunos factores, entre ellos el importante lapso de tiempo (30-40 años) que pasa entre el pico de la prevalencia de tabaquismo en un país y el subsiguiente pico de la mortalidad relacionada con el tabaco, dificultan la concientización de la población sobre la importancia de abandonar el uso de tabaco. Así pues, el consumo de tabaco produce una pérdida enorme de años de vida potenciales, además de invalideces, jubilaciones prematuras, hospitalizaciones y actos sanitarios de todo tipo. (Grupo de expertos del PAPPS, <http://www.Recomendaciones> sobre el estilo de vida. Tabaco.com.html, 2000).

Fumar no sólo es “un hábito”. También es una drogadicción, ya que el hecho de fumar tabaco cumple con todos los criterios que definen al consumo de una sustancia como tal: existencia de tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia en ausencia de la misma, comportamiento compulsivo, ansiedad, desequilibrio físico y/o psicológico, etc. La máxima responsable de todo esto es la nicotina, sustancia con un gran poder de adicción similar al de otras drogas tales como la heroína o cocaína.

Cuando hablamos de dependencia del tabaco hemos de hacerlo en un sentido mucho más amplio y distinguir entre tres tipos de dependencia íntimamente relacionados entre sí, a saber:

-DEPENDENCIA FÍSICA.- Es la provocada por la nicotina y la responsable del síndrome de abstinencia.

-DEPENDENCIA PSICOLÓGICA.- Es la que se fundamenta en procesos de condicionamiento, propios de cada fumador, por los que durante años el tabaco es el “amigo” que le ha acompañado inseparablemente en unas circunstancias y situaciones determinadas, de tal manera que no sabe vivirlas sino es con su compañía (después de las comidas, leyendo, etc.).

-DEPENDENCIA SOCIAL.- Se basa en la aceptación social del tabaquismo y en las presiones ambientales que incitan al consumo de tabaco: publicidad, presión del grupo de adolescentes, imagen de seguridad y de dominio de la situación, acontecimientos sociales, etc. (Sociedad española de neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), <http://www.Como> ayudar a su paciente a dejar de fumar.com.html, 1995).

Roales y Calero (1994) indican, que la diseminación del hábito de fumar se inició cuando Cristóbal Colón recibió un regalo que era tabaco, de las hijas de los nativos de San Salvador, que llevó consigo de vuelta en Europa. En un principio el tabaco se mascaba, la idea de fumar se hizo popular hasta mediados del siglo XIX durante la guerra de Crimea y los oficiales turcos la extendieron entre los franceses y los británicos. Fray Ramón Pané, acompañante de Colón, fue quien en 1499 envió un acta a Carlos V, detallando las virtudes medicinales del tabaco, así como las primeras semillas que el rey mandó cultivar, con gran esmero, en espera de sus virtudes curativas y no para fumar.

El embajador de Francisco II en Portugal, Jean Nicot, mando en 1559 como regalo especial a Catalina de Médicis, una cantidad de tabaco en polvo, y esto explica los nombres de la Yerba que eran de la Reina y Nicotiana con que en Francia se la llamaba al tabaco. A la base fundamental de este vegetal, Reimann y Posselt al descubrirla en 1820,

le dieron el nombre de su introductor, Nicotina. La primera referencia que se tiene en Europa del tabaco nos la da Cristóbal Colón en su diario, que, estando en la isla de San Salvador y habiendo mandado algunos soldados para explorar el país, “hallaron en su camino gran número de naturales tanto hombres como mujeres, que traían en la boca un tizón compuesto de yerbas del que aspiraban perfume. “Y añade que lo llamaban tabaco”. Se ignora el nombre de los que a España trajeron el tabaco, pero se sabe que Colón en 1515 y Cortés en 1518 mandaron a la corte, semillas de la planta, que fue cultivada con fruto, pasando inmediatamente a Portugal. (Pardell, <http://www.Solo para fumadores de tabaco.tabaco.com.html>, 1998).

Sir Walter Raleigh fue un gran aficionado al tabaco y popularizó la pipa en Inglaterra, él y sus compañeros la llevaron de Virginia al Reino Unido. Al rey Jaime I le desagradaba el olor de lo que él llamaba “hierba borracha” y prohibió su uso, lamentablemente el edicto tuvo escasa repercusión. En el siglo XVII los chinos ordenaron la decapitación de cualquier persona a quien se sorprendiera fumando. Dicese que en Rusia llegó a castigarse el uso del tabaco con la amputación de la nariz y que Urbano VIII prohibió el uso de rapé en las iglesias. (Rivas, 1999).

El tabaco es una planta originaria del continente americano. Según observó Cristóbal Colón, los indígenas del Caribe fumaban el tabaco valiéndose de una caña en forma de pipa llamada tobago, de donde se deriva el nombre de la planta. Al parecer le atribuían propiedades medicinales y lo usaban en sus ceremonias. El nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y Rusia, y en el siglo XVII llegó a China, Japón y la costa occidental de África. El tabaco pertenece a la familia de las Solanáceas (Solanaceae). La especie más cultivada, llamada tabaco mayor, es *Nicotiana tabacum*; el tabaco menor es la especie *Nicotiana glauca* (Rico, 1990).

España monopolizó el comercio del tabaco, para la cual estableció en 1634 el estanco de este producto para Catilla y León, régimen que en 1707 se amplió a todos los territorios de la corona, acompañado de la prohibición de cultivar la planta en la península para facilitar el control aduanero. La extensión del estanco a Cuba, donde tenía lugar gran parte de la producción, provocó numerosas revueltas y, en 1735, España cedió la explotación a la compañía de la Habana. La América colonial anglófona se convirtió en el primer productor mundial de tabaco, el cultivo se inició en el asentamiento de Jamestown, donde ya en 1615 la planta crecía en jardines, campos y hasta en las calles; en poco tiempo se convirtió en producto agrícola básico y en el principal medio de cambio de la colonia. En 1776, el cultivo se extendió hacia Carolina del Norte y llegó por el oeste hasta Missouri. Hacia 1864, un agricultor de Ohio obtuvo por casualidad una cepa deficiente en el ingrediente principal de las mezclas de picadura americana (Rico, 1990).

La hierba “yetl”, “picietl” o “kuots”, es decir, tabaco en la lengua nahuatl, azteca o maya respectivamente, jugaba un papel mitológico, espiritual y religioso para los indios. Era parte de sus raíces, costumbres y hábitos. Fumar constituyó un ritual suntuario y de ofrenda (González Galván, 1980). Porque el tabaco tenía poderes mágicos y agradaba a los dioses (Thompson, 1979).

El término tabaco pertenece a la lengua haitiana, y se sabe que entre los nativos americanos contaban con rituales propios, en virtud de los cuales se invocaba a los dioses. A pesar del significado religioso que los indígenas le dieron, el empleo medicinal del tabaco era múltiple: además de usarse como agente terapéutico y desinfectante, mezclado con otras hierbas se utilizaba para aliviar el asma y el catarro. Para los pueblos

del caribe, las hojas machacadas del tabaco servían como antídoto, en tanto que los antiguos mexicanos lo consideraban un remedio para el dolor de muelas, el resfriado y el cólico. Los mexicanos tenían dos especies de tabaco en las que variaban la magnitud de la planta y de las hojas, la figura de la flor y el color de la semilla. A la especie de menor tamaño que es la común, la llamaban picietl y a la mayor, quauhyetl; entre los nahuas, su uso estaba ligado a las grandes festividades y efectuaban el brindis de tabaco cuando algún pueblo invitaba a otro a aliarse para emprender una guerra. Entre los mayas, el uso del tabaco debió ser muy general; así lo demuestra la gran piedra plana que se encuentra a la derecha de la entrada del templo de la Cruz, en Palenque, en la cual se aprecia al representante de un dios anciano, que está fumando lo que parece ser un cigarro. En el Popol Vuh, libro sagrado de los mayas quichés, los dos protagonistas, además de las pruebas que deben afrontar, tienen que pasar una noche en la cueva de las tinieblas y mantener sus cigarros y antorchas de pino encendidos durante toda la noche. Pero los jóvenes héroes apagan sus cigarros y les ponen luciérnagas en la punta para engañar a sus enemigos –los moradores del infierno- y hacerles creer que permanecen encendidos. En su libro *Historia y religión de los mayas*, Eric S. Thompson apunta: El tabaco en polvo, equivalente a nuestro rapé, pero nunca aspirado, se mezclaba con cal y así lo mascaban los indios de gran parte de Mesoamérica. Esta mezcla era buena para dar fuerzas y calmar la sed (Rico, 1990).

De acuerdo con el estudio de las propiedades medicinales del tabaco en Mesoamérica, esta planta parece funcionar como cualquier otra medicina; no obstante, se advierte que es mucho más que eso: es un ser que siente. Para los mayas el tabaco era un anhelo, término empleado para referirse a la divinidad de la lluvia y la montaña, protectora del género humano porque cuida de nuestros cuerpos (Rico, 1990).

Entre los nahuas del centro de México, la divinidad del tabaco tenía el nombre de Ciucóatl y la consideraban sospechosa y peligrosa ya que quitaba el juicio y hacía desatinar a quien lo tomaba. Empero, para los indios mesoamericanos el tabaco era casi una panacea en la mayoría de los males de la carne; se usaba como remedio contra el asma, escalofríos, fiebre, convulsiones, ojos enfermos, trastornos intestinales o nerviosos, enfermedades de la piel, infecciones urinarias, mordeduras y piquetes de animales. Además, el tabaco en polvo y la cal aliviaban el cansancio, el dolor muscular, el de muelas y ayudaban en el parto (Rico, 1990).

El tabaco también se utilizó como talismán; por ejemplo, en el rito de la pubertad, en el cual el humo hacía las veces de encantamiento o de acto sagrado que alejaba el mal. La importancia del tabaco en los ritos en honor de Huitzilopochtli, dios azteca de la guerra, y la creencia de que el cuerpo de Ciucóatl, patrona de la guerra, estaba hecho de tabaco, son otras pruebas de que la planta en cuestión se vinculaba de algún modo con las ideas bélicas (Rico, 1990).

El fabricante de cigarros tomaba hojas de zapote y las cortaba a lo largo; cada media hoja se enrollaba en un bastoncito que tenía la forma de un huso y el espesor aproximado de una pluma de guajolote, y los sujetaba con hilo de henequén. A continuación cubría su superficie con una capa de pasta de cocom (los mayas así le llamaron a una planta tuberosa), salvo en unos dos centímetros y medio en el extremo más delgado, que se dejaba sin cubrir para que sirviera de boquilla. Después de haberse secado al sol, se estiraba el palito y en su lugar se ponía tabaco corriente, se doblaba el extremo para que el contenido no se cayera, y el cigarro quedara listo. Los aztecas de la clase dirigente y los comerciantes, una vez terminada la comida acostumbraban a

distribuir entre los comensales pipas cilíndricas, sin fogón propiamente dicho, de caña o de barro cocido; fuera de las comidas se fumaba poco, pero pasearse con una pipa en la mano era signo de nobleza y de elegancia. Los fumadores recibían el humo apretando el tubo con la boca y tapándose la nariz para que al inspirar aquél penetrara más fácilmente hasta el pulmón (Rico, 1990).

Necesariamente a Colón y sus acompañantes debió de haberles producido verdadero asombro ver a los indígenas absorber humo de las hojas; si Europa colonizó a América, ésta invadió el Viejo Continente con un elemento que habría de convertirse en primordial en la vida cotidiana del hombre: el tabaco. Así, es comprensible que poco a poco fueran adquiriendo el hábito de fumar y que se convirtieran en los mejores propagandistas del tabaco. Por esta razón cabe pensar que los primeros colonizadores fueron quienes lo llevaron a Europa; unos por hábito adquirido; otros, para asombrar a sus amigos y familiares o sencillamente, por traer a su país algo nuevo (Rico, 1990).

COMPONENTES DEL TABACO.

El tabaco que se usa comercialmente proviene casi de su totalidad de la especie *Nicotiana tabacum* L.; cuyo cultivo está extendido por el mundo entero, a pesar de haber sido prácticamente desconocido antes del descubrimiento de América. De las 50 especies conocidas, sólo dos se cultivan comercialmente: *Nicotiana tabacum* L.; y *Nicotiana rústica* (Rico, 1990).

Las hojas del tabaco contienen varios centenares de componentes en una compleja mezcla, pero dos de ellas son específicas de la planta, uno de la nicotina, que es un alcaloide vegetal de base salificable nitrogenada, y las sustancias relacionadas con ella; el otro grupo es el de los nosprenoides. Las sustancias que se consideran más nocivas para la salud del fumador son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono (Tapia, 1980).

Nicotina.- Según Becoña, (1988) la nicotina es el componente más importante del tabaco y sólo existe en la naturaleza en forma natural en la planta del tabaco, y por consiguiente en el humo de las pipas, cigarros y puros. La nicotina es un alcaloide líquido, oleaginoso e incoloro que se pone amarillo y después pardo oscuro cuando entra en contacto con el agua; se disuelve fácilmente en agua y alcohol, que se absorbe en un 90% en los pulmones cuando provienen de la combustión de cigarrillos y es el componente responsable de la dependencia física y psicológica que se llega a establecer en el fumador debido a sus efectos estimulantes, actúa principalmente en los niveles cardíacos, vascular, pulmonar y cerebral. La nicotina existente en los cigarros, en los países occidentales oscila entre 0.1 y 2.1 mg. por cigarro. De cada cigarro dos tercios de nicotina van a la atmósfera y un tercio llega al fumador. Si no inhala el humo absorbe un 5% de ese tercio y si lo inhala absorbe el 70% de ese tercio. La dosis letal en el hombre oscila entre 0.5 y 1.0 mg. por kilo de peso (Becoña y Lorenzo, 1989). Produce liberación de adrenalina y noradrenalina, que actúan sobre los centros nerviosos que controlan la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Su acción farmacológica incluye activación electrocortical y relajamiento muscular, causando síntomas cardiovasculares y endocrinos que refuerzan la necesidad de su consumo. La nicotina aumenta la concentración de ácido graso en la sangre, provocando la adhesión entre sí de las plaquetas sanguíneas, lo que conlleva al engrosamiento de las arterias coronarias, siendo la etapa final de la trombosis. (Rojas, 1996 [http://www.EL TABACO.tabaquismo.com.html](http://www.EL_TABACO.tabaquismo.com.html)). Las cantidades de nicotina disminuyen en las fases de preparación del tabaco: Curado, fermentado, almacenamiento y comercialización, quedándose en cifras de 1% a 1.5% de nicotina en la fase terminal. El estudio de la nicotina no puede hacerse, aisladamente, de los productos que arrastra en la combustión como son: acroleína, cianuros, óxidos nítricos, acetonas, amoníacos y benzopirinas (productos altamente cancerosos). Afortunadamente, en la combustión es destruida la mayoría de la nicotina y solo pasa al fumador la dosis que justifica el primer mareo por el primer cigarro (Rivas, 1999).

Alquitrán.- Es uno de los principales componentes sólidos del cigarro, esta sustancia se debe al papel del cigarro y a la combustión del tabaco (Becoña y Lorenzo, 1988). Es la brea que se utiliza para recubrir las pistas. Esta se va acumulando en los pulmones de los fumadores, dificultando la entrada del oxígeno. Los alquitranes del cigarro son los productos químicos que componen la fracción sólida del humo. Cada vez que se absorbe el cigarro, se deposita una película de sustancia alquitranada en todas las zonas en que el humo entra en contacto con los tejidos que revisten la boca, garganta y

pulmones. Esas sustancias alquitranadas tienen la misma composición química que provoca cáncer (Rojas, 1996 [http://www.EL TABACO.tabaquismo.com.html](http://www.EL_TABACO.tabaquismo.com.html)). Contiene numerosos carcinógenos siendo de los más importantes los hidrocarburos policíclicos (Tapia, 1980). Este ingrediente es el responsable del cáncer en el pulmón y padecimientos respiratorios (Royal Collage of Psysicians, 1983). La mayoría de los componentes carcinógenos identificados en el alquitrán del humo del cigarro no están presentes en la hoja natural del tabaco, sino que se forma por la alta temperatura de combustión. El alquitrán se define como el conjunto de partículas retenido por un filtro Cambridge modelo CM-113 después de extraída la humedad y separada la nicotina. (Tapia, 1980).

Monóxido de Carbono.- Es uno de los gases que se forman por la alta temperatura de combustión. El monóxido de carbono (CO), es un gas incoloro, muy tóxico (es el que se desprende de los escapes de los coches) que se desprende de la combustión del tabaco y del papel del cigarro, forma parte del 5% del total de gases del cigarro, y se absorbe sólo si se inhala el humo. El CO se genera a partir de la combustión del papel del cigarro (Becoña, 1988).

A continuación Rico (1990), describe las características de la Especie.- Taxonomía: el tabaco queda clasificado de la siguiente manera.

Reino: Vegetal
División: Antófitos
Clase: Dicotiledóneas
Orden: Solanales
Familia: Solanáceas
Género: Nicotiana
Especie: tabacum L.

El tabaco es una planta de la familia de las Solanáceas, que alcanza una altura promedio de 1.50 metros; tiene hojas grandes, sésiles, enteras o lanceolado-agudas, alternas y oblongas que, según las verdaderas, pueden medir de 15 a 40 cm.

Reproducción: El origen de la especie *Nicotiana tabacum* L., se debió al cruzamiento, seguramente casual, de dos especies más antiguas: la *Nicotiana tomentosiformis* y la *N. sylvestris*.

Manejo: El tabaco proviene del campo es colocado sobre un petate para proceder a ensartarlo el mismo día del corte. Para esto se emplean agujas capotereras de 15 cm de largo, con las cuales las hojas se van ensartando por la nervadura central a 1 o 2 cm de la base.

Componentes del Humo.- Al fumar un cigarro, su extremo en ignición produce diversas sustancias químicas que son inhaladas a través del tabaco como corriente principal de humo o emitidas al aire como corriente secundaria (Rico, 1990).

El humo del tabaco es una aerosol compuesto de gotitas dispersas en un gas o vapor. Contiene sustancias muy diversas, en las que se han identificado 4,000, de los cuales más de 60 son dañinas para la salud; entre ellas están representados muchos de los principales compuestos químicos orgánicos; por sus efectos en los tejidos corporales, esos compuestos se pueden clasificar como asfixiantes químicos, compuestos ciliásticos, cancerígenos y sus coadyuvantes o sustancias farmacológicamente activas. Las partículas de aerosol en la principal corriente de humo tienen un tamaño que va de 0.15 a 5 µm, con una media de 0.4 µm, de tal manera que las partículas, el vapor y los gases permanentes pueden llegar a los alvéolos pulmonares cuando se inhalan y, de hecho, se ha demostrado

que el humo llega a toda la tráquea, los bronquios y los pulmones, y que los macrófagos alveolares fagocitan componentes del humo (Rico, 1990).

El cigarro se fabrica con la hoja de tabaco (*Nicotiana tabacum*), que antes de su cosecha se ha expuesto a una serie de sustancias saborizantes y humectantes. Luego se cura mediante el secado y se mezcla con una variedad de aditivos, y por último se tritura y se enrolla en un tubo de papel al cual con frecuencia se le coloca un filtro de celulosa en uno de sus extremos para formar el cigarro. Conviene saber que se han identificado más de 4,000 constituyentes químicos individuales en el cigarro, 2,500 de ellos provienen del tabaco no adulterado; los restantes representan aditivos, pesticidas y otras sustancias orgánicas y metálicas. Casi todas ellas son potencialmente tóxicas para el cuerpo humano, y éste se expone a través de la inhalación hacia el pulmón del humo producido por la combustión del tabaco quemado. De esta forma, cada vez que el fumador aspira el humo, sus pulmones entrarán en contacto con aproximadamente 109 a 1010 partículas por cada mililitro de aerosol; entre estas partículas se incluyen agentes irritantes, oxidantes y una gran variedad de toxinas y carcinógenos (sustancias generadas de cáncer). Muchos de los constituyentes tóxicos del chorro principal del humo están en concentraciones que podrían ser rápidamente fatales si la exposición fuera ininterrumpida. Las razones que imponen que el humo tenga un efecto letal inmediato son la dilución en el aire del medio y la naturaleza intermitente de la inhalación. Por otra parte, la fracción del humo que el fumador retiene, varía de acuerdo con el patrón de inhalación, por este motivo quienes inhalan con más profundidad y sostienen la inhalación, pueden retener hasta 90% de los componentes del humo en su cigarro (Wartenberg, 1997, <http://www.Riesgos para el fumador.tabac.com.mx>).

Además de la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono, el tabaco contiene otras sustancias como azúcares, celulosa, sustancias pectílicas, aminoácidos que queman los tejidos de la nariz y la garganta, ceras y resinas, etc. Entre los componentes más nocivos destacan el benzo-a-pireno, el arsénico que envenena el organismo, el óxido nitroso, el cianuro de hidrógeno, etc. (Becoña, 1994).

La creencia de que el filtro del cigarro protege al fumador de los efectos dañinos de tales componentes, es relativa. Algunos médicos creen que tanto el cigarro con filtro bajo en nivel de alquitrán y nicotina, como el cigarro regular, contienen iguales niveles de monóxido de carbono. Además de que la mayoría de los fumadores de cigarrillos con filtro o los cigarrillos light, tienden a consumir mayor cantidad de cigarrillos e inhalan más profundamente que los que fuman cigarrillos sin filtro. Por lo tanto terminan absorbiendo la misma cantidad de componentes tóxicos (Escayola, 1985).

EPIDEMIOLOGIA ACTUAL.

Según la prensa cada 10 segundos muere una persona a causa de una enfermedad asociada al tabaquismo, existen 3 millones de muertes al año registradas en los años 90's y se pronostica que va a ver 10 millones de muertes para el decenio de los 2020 y el problema grave es que el 70% de todas las muertes ocurrirán en todos los países en vías de desarrollo (C.INER, Marzo 2000); esto realmente es un panorama desolador de mortalidad y si realmente ocurriera ese proceso de mortalidad y si murieran esas 10 millones de personas, cada muerte va acompañada de un proceso de morbilidad y un promedio de 2 a 3 años de enfermedad por cada individuo, lo que significa para el gobierno una erogación millonaria para el sector salud, lo que significa para la familia un desajuste del núcleo familiar con todas las implicaciones que conlleva que un miembro de la familia deje de producir económicamente y empiece a consumir económicamente y emocionalmente al resto de la familia. Entonces esos 10 millones de muertes las podríamos multiplicar por el número de miembros que están alrededor de cada persona que muere y los podríamos multiplicar por el número de años que cada uno de estos miembros convive con el individuo que se va a morir.

¿Por qué hablar de tabaquismo?, resulta ser tan importante hablar de él, ya que es verdaderamente asombroso ver las cifras que reportan las instituciones de salud del Mundo y en México, en donde cada vez hay más personas que presentan enfermedades que producen la muerte causadas por el tabaquismo.

EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL

La exposición combinada a agentes tóxicos y al humo del cigarro, sobre todo en lugares de trabajo, aumenta la gravedad de los efectos adversos que se derivarían de una exposición por separado advirtió la OMS. "El tabaquismo aumenta aún más el riesgo de cáncer cuando la persona está expuesta al asbesto, arsénico, níquel, colorantes, alcoholes, compuestos volátiles del alquitrán, radiación (radón, bombas atómicas, radiografías, plantas nucleares) y ciertos microorganismos patógenos", precisó el organismo oficial. La directora de la Organización Mundial de la Salud, la noruega Gro Harlem Brundtland (1998), nos indica que no debería haber ninguna publicidad, ninguna subvención y ningún acto que destaque valor alguno del tabaco, señaló rotunda y advirtió "si no reaccionamos", el tabaco causará 10 millones de muertos en el 2030" (<http://www.Tabaquismo:novedades.com>).

Según el The World Health Report (1999) y la Dirección General de Epidemiología (1998), en los datos más recientes a nivel mundial hay 10,958 muertes por día atribuibles al tabaco, de las cuales fallecen 4 millones de personas fumadoras al año. Actualmente mueren 3.5 millones de personas en el mundo por enfermedades generadas por el consumo de tabaco (9 mil 615 muertes diarias) (Revueltas, 1998, <http://www.Gaceta> de la Facultad de Medicina, UNAM.tabaco.com/). La DGE (1998), estima que le cuesta al mundo más de \$200 mil millones de dólares por año, lo que representó aproximadamente el 70% del PBI de nuestro país en 1997.

Número Global de fumadores

| | Países | Masculino | Femenino | Total |
|------|----------------|-----------|----------|----------|
| 1995 | Desarrollados. | 200 M | 100 M | 300 M |
| | En desarrollo. | 700 M | 100 M | 800 M |
| | Mundial. | 900 M | 200 M | 1, 100 M |

Nota: M=Millones

Fuente: Dirección General de Epidemiología, 1998 y OMS, 1995.

Si echamos un vistazo de donde están esos fumadores, vemos que en los países desarrollados como es E.U, Canadá, y algunos países europeos, están nada más de esas 1,100 personas fumadoras en todo el mundo, 300 millones. Y el restante, los 800 millones, están en los países en vías de desarrollo como nosotros, en particular en Latinoamérica y algunos países asiáticos. Esto nos da una idea y una expectativa de que es lo que está ocurriendo, porque el tabaquismo esta trasladando el problema a nuestros países y porque se está estimando que en el decenio de los 2020, el 70% de todas las muertes ocurrirán en nuestros países, de hecho ya la prevalencia está incrementando (C.INER, Marzo 2000).

¿Cuántos cigarros fuman los fumadores diariamente en el mundo?. El promedio mundial de todos los fumadores en el mundo son 15 cigarros aproximadamente diariamente, en los países más desarrollados 22 cigarros y en los menos desarrollados 14 cigarros (C.INER, Marzo 2000).

EPIDEMIOLOGIA EN MÉXICO.

En cuanto a la situación del tabaquismo en la República Mexicana es un problema serio en adicciones, ya que se relaciona con muchos de los aspectos de influencia promocional que anima al consumo y a la comercialización del tabaco. “La producción de este producto permitió que México ocupara en 1997, el 16 lugar a nivel mundial; y el número de toneladas producidas está entre 40 y 50 mil, lo que representa casi el 1% de la población mundial”. (Revueltas, 1998, <http://www.Gaceta> de la Facultad de Medicina.UNAM.tabaco.com).

En nuestro país, se considera que 43 mil 261 personas fallecen al año a causa del tabaquismo (118 personas diarias), de las cuales fallecen 44,652 personas fumadoras al año (55% Hombres y 45% Mujeres). (Revueltas, 1998, <http://Gaceta> <http://www.Gaceta> de la Facultad de Medicina.UNAM.tabaco.com/).

Transición de la Mortalidad en México.

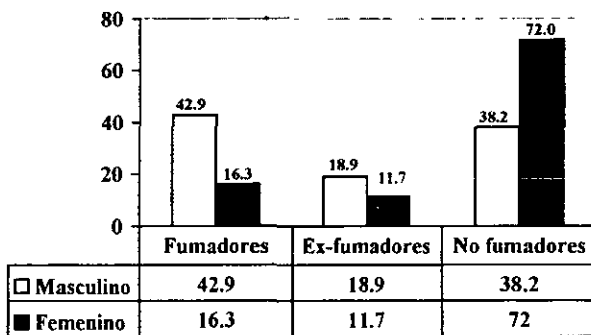
1950

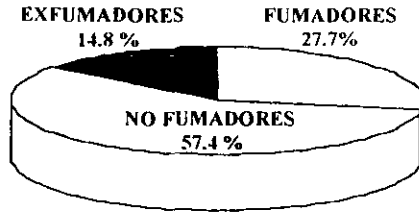
1997

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Defunciones: 418,430 | Defunciones: 440,437 |
| Tasa x 1000 16.2 | Tasa x 1,000 4.6 |
| Primeras causas de mortalidad | Primeras causas de mortalidad |
| General R | General |
| 1) Gastroenteritis I | 1) Enfermedad del corazón |
| 2) Gripe y neumonía E | 2) Tumores malignos |
| 3) Enfermedades de la 1ra. Infancia S | 3) Diabetes mellitus |
| 4) Accidentes y violencias G | 4) Accidentes |
| 5) Paludismo O | 5) Enfermedad cerebrovascular |
| Defunciones en < de 1 año 113,032 | Defunciones en < de 1 año 44,377 |
| % del total de defunciones 27.0 % | % del total de defunciones 10.1 % |
| Esperanza de vida 49.5 años | Esperanza de vida 73.6 años |

Fuente: INEGI/DGEI

Distribución de las prevalencias según patrón de consumo de tabaco y sexo
(12-65 años).





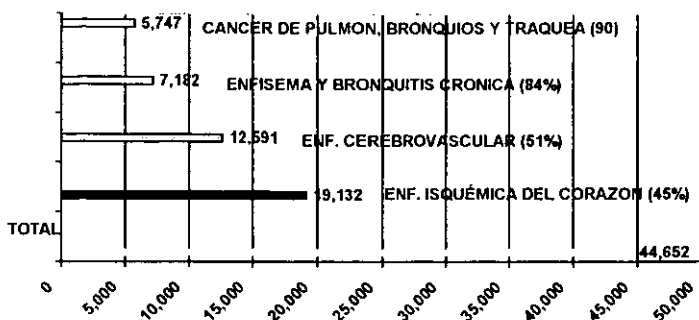
Fumadores 27.7%
 No fumadores 57.4 %
 Ex fumadores 14.8%

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/Dirección Gral. de Epidemiología, 1998.
 Tabaquismo en México

| ENA 1993 | | | ENA 1998 | |
|------------|-------------|--|-------------------|-------------|
| 10,666,594 | (25.1%) | Fumadores mexicanos de 12-65 años | 13,238,865 | (27.7%) |
| | | Fumadores por sexo | | |
| 7,394,435 | (69.0%) | Hombres | 8,811,208 | (66.6%) |
| 3,272,159 | (31.0%) | Mujeres | 4,427,657 | (33.4%) |
| | | Prevalencia de fumadores por sexo | | |
| | | Hombres | 42.9% | |
| | | Mujeres | 16.3% | |
| | | Fumadores que iniciaron antes de los 18 años | | |
| 72.0% | (7,679,948) | | 61.4% | (8,135,772) |
| | | Hombres | 74.2% (6,037,754) | |
| 72.0% | (5,529,563) | Mujeres | 25.8% (2,098,017) | |
| 28.0% | (2,150,385) | | | |
| | | Prevalencia de fumadores de 17 años o menos | | |
| 10.1% | (938,371) | | 11.6% | (1,158,210) |

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones ENA, 1998.

Muertes Atribuibles al tabaquismo (México, 1997).



Nota: () = porcentaje de riesgo atribuible

Fuente: Dirección General de Epidemiología/Dirección general de Estadística e Informática/SSA/1997.

TABAQUISMO Y TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN, 1985-1997. Existen 13.2 millones de mexicanos de 12 a 65 años que son fumadores lo que es un 27.7% de acuerdo a la tasa por 100,000 habitantes.

Existen 8,811,208 hombres (66.6%) y 4,427,657 mujeres (33.4%). (ENA, SSA, 1998 y DGE, SSA, 1997).

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN Y CEREBROVASCULAR, 1990-1997. Existe un 23% de muertes a causa de la enfermedad isquémica y un 7% de muertes por enfermedad cerebrovascular de acuerdo a la tasa por 100,000 habitantes. Las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar en la mortalidad general desde 1988 (Mortalidad 1990-1997, DGEI y SSA).

¿Cuál es el promedio de cigarrillos que se fuma en México por fumador? Son 6 cigarrillos diariamente, esta información fue tomada de la Dirección General de Epidemiología y de la Encuesta Nacional Contra las Adicciones (1998), y esto no es un hallazgo que realmente llamó la atención cuando se hizo esta encuesta comparada con la mundial, el promedio de consumo per capita de fumadores en nuestro país es muy bajo de 6 como se mencionó anteriormente, y no hay una buena explicación para ello, este número se ha repetido en más de dos encuestas y los hallazgos son consistentes.

EPIDEMIOLOGIA EN LAS AMERICAS.

¿Cuáles son los países latinoamericanos que más fuman?, encontramos que 7 de cada 10 dominicanos son fumadores, Bolivia, Cuba y España le siguen con prevalencias que no son nada despreciables y México ocupa un noveno lugar. El promedio de cigarrillos fumados en la región de las Américas es de 18 cigarrillos diarios (DGE, 1997).

Consumo de Cigarros.

Según la C.INER (Marzo2000), el calculo de consumo de cigarrillos por adulto es mediante una ecuación muy sencilla en la que se mete a la ecuación la producción total de tabaco, mas lo que se importa, menos lo que se exporta, dividido sobre la población de

15 años o más de edad, de tal manera que todo lo que produce un país, mas lo que compra, se le resta todo lo que vende y se divide entre el total de esa población que tiene esa edad y nosotros tendríamos el consumo de cigarros por adulto o lo que se conoce como per capita de un país.

$$\text{Consumo de cigarros por adulto} = \frac{\text{Producción + Importación - Exportación}}{\text{Población de 15 años o más}}$$

En 1970 en E.U se fumaba 1 por cada 3 sujetos y en países desarrollados se fumaba 1 en México. Para 1980 por cada 2 que fumaban en los países desarrollados fumaba 1 en México y así lo que muestra que por cada 1 que fuma en los E.U fuma 1 en México (C.INER, Marzo 2000).

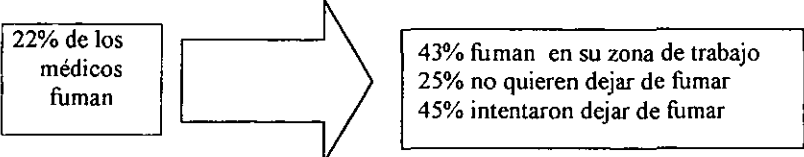
Tabaquismo en adolescentes de 15 años o más.

| PAIS | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL % |
|----------------------------|-----------|----------|---------|
| Región de las Américas | | | 42% |
| Países menos desarrollados | | | 48% |
| Mundial | 47% | 12% | 59% |

Esto es tremendo, son cifras alarmantes, significa que de cada hombre cada dos hombres son fumadores. Más de un millón de menores de 18 años son fumadores. Los motivos por los cuales empiezan a fumar son: promoción enfocada, presión de grupo y facilidad de compra (C.INER, Marzo 2000). En México es "ilegal" venderle cigarros a menores de 18 años.

Prevalencia de fumadores en los Institutos Nacionales de Salud (INSalud).

Resultados: * 28% de los trabajadores fuman
* 46% fuman en su área de trabajo



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), México, 1997.

CAPÍTULO II

“ASPECTOS MEDICO-FISICOS DEL TABAQUISMO”

DAÑOS A LA SALUD: ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS

La evidencia científica demuestra que el fumar es la mayor causa prevenible de enfermedades en el mundo, tiene un profundo impacto en la salud pública. Podemos tener la actitud que queramos al respecto de fumar o no fumar, pero eso no cambia que sobre los efectos del tabaco existan multitud de datos científicos referidos a los efectos que produce sobre el organismo. Tomar conciencia real, objetiva, sobre la salud y el tabaco significa por parte del fumador tomar conciencia de lo que conlleva fumar, y justo en esa toma de conciencia es donde puede el fumador cambiar de actitud y comenzar el proceso de dejar de fumar. Son multitud de estudios en todo el mundo los que indican que fumar afecta a la salud, y éstos son cada día más numerosos y precisos. Sin embargo, nuestra sociedad nunca hasta ahora ha comenzado a tomar conciencia real de la epidemia que supone el hábito tabáquico y los efectos devastadores para la salud humana que supone fumar. La conciencia de la salud indica en sus estudios estadísticos, cada vez con más validez y fiabilidad, que el tabaco es la materia que expone al ser humano al riesgo más grande de padecer cáncer, de caer enfermo en un hospital.

[Es un hecho que la conducta de fumar enferma y, a mediano o largo plazo, mata; aumentando en consecuencia, la demanda de asistencia médica. El tabaquismo reduce la esperanza de vida, incrementa el ausentismo laboral y produce accidentes (O.M.S., 1985). Se ha calculado que en México el porcentaje de defunciones por esa causa entre las personas de menos de 65 años de edad es, el siguiente para las enfermedades que se indican: cáncer pulmonar, bronquios y traquea 90%; bronquitis y enfisema pulmonar 84%; Enfermedades cerebrovasculares 51% y Enfermedades Isquémicas del Corazón 45% (DGE, DGEI y SSA, 1997).

El humo del tabaco es sustancialmente radioactivo y así lo afirma en un reciente artículo en la Revista *Pediatrics*, el Doctor Gary Evans, de California, si bien fue publicado por los doctores Radford y Hunt en 1964, Little Y Radford en 1965-68 y Holtzman en 1967. Las plantas de tabaco en algunos lugares crecen en suelos con fertilizantes ricos en fosfatos contaminados con Polonio-210 que emite partículas alfa. Otros productos de la atmósfera como derivados del radon-222 también son incorporados por las plantas. Los cigarrillos contienen como promedio 0,3 picocuries de Polonio 210 que se funde, evapora e inhala, fijándose sobre el revestimiento epitelial de la tráquea y los bronquios de los fumadores. Un fumador que consume de 1-2 paquetes diarios en un año, habrá irradiado porciones de su epitelio bronquial con aproximadamente 8-9 rem. Si comparamos con la que comporta una radiografía normal de tórax que es de 0,03 rem, tenemos que el fumador antes citado, absorbe el equivalente a 250-300 radiografías de tórax como dosis total al final de cada año. Dado que el fumador medio en aproximadamente diez años absorberá 80 rem sobre el revestimiento epitelial del pulmón, podemos valorar que el cáncer de pulmón puede ser un resultado normal del hábito tabáquico, máximo si a ello asociamos el efecto cancerígeno de algunas sustancias o metabolitos que contiene el humo del cigarrillo, bien por acción aislada o sinérgica-potenciadora (Sarquis, 2000 <http://www.terenne.terra.es/personal/eac00002/tapasiv.com>).

Los daños producidos por fumar en exceso no se manifiestan inmediatamente sino que existe un periodo de latencia que puede ser de muchos años entre el inicio y la aparición de los síntomas relacionados con el hábito, por lo tanto, la persona que se inicia en el tabaquismo está exponiendo a su organismo a un riesgo que en el futuro lo hará adquirir enfermedades crónicas (Tapia, 1980).

En nuestro país la situación con respecto al tabaquismo es tremenda día con día, de acuerdo a la SSA y CONADIC (1995D), las enfermedades más comunes asociadas al tabaquismo son las siguientes:

Enfermedades Respiratorias.- El aparato respiratorio está diseñado de tal manera que, el área de contacto entre el medio interno y el externo es muy amplia (alrededor de 70 a 100 metros cuadrados). En 24 horas se respiran cerca de 10 mil litros de aire, la mayoría de las veces conteniendo una gran cantidad de agentes nocivos, para los cuales el organismo cuenta con mecanismos de defensa (INER, 1991).

Las alteraciones iniciales producidas por el tabaquismo en las vías respiratorias, modifican estos mecanismos de defensa pulmonar. Uno de los cambios iniciales es la parálisis ciliar, importante mecanismo de defensa, cuya función principal es la de eliminar a todos aquellos agresores que han logrado pasar las primeras líneas y han penetrado el tracto respiratorio inferior. Al paralizarse los cilios, las partículas extrañas no serán expulsadas y su efecto nocivo se facilitará de gran manera. Los macrófagos alveolares son fundamentales para el aparato respiratorio; el humo del tabaco provoca que disminuya su función, lo cual favorece la aparición de infecciones respiratorias. Las alteraciones anatómicas responsables del deterioro funcional en el aparato respiratorio son, fundamentalmente, el edema de la mucosa, la hipertrofia y la hiperplasia de las glándulas mucosas y el broncoespasmo. La sintomatología respiratoria en el fumador es hasta cierto punto predecible; inicialmente existe un periodo asintomático de duración variable según la sensibilidad del individuo, conforme aumenta de dosis aparece la “tos del fumador”, con características de ser aislada, de predominio matutino, seca o acompañada de escasa expectoración mucosa y que, frecuentemente pasa desapercibida por el fumador o bien éste la menciona como tos “normal”. Tarde o temprano el fumador presentará la tos del bronquítico crónico, que es más intensa, en accesos y acompañada de mayor cantidad de expectoración (INER, 1991).

Bronquitis Crónica.- Es un estado de inflamación permanente de los bronquios, producción excesiva de moco en los bronquios. Las principales molestias de esta enfermedad son la tos y arrojar flemas que empeoran con el tiempo, sobre todo a las personas que continúan fumando y tienen gripas e infecciones repetidas (UAM, 1989). Existe una estrecha relación entre el tabaco y aumento de la prevalencia de los síntomas respiratorios. Estos se incrementan con la cantidad de cigarrillos consumidos, reaparecen cuando el individuo vuelve a fumar y se presenta una mejoría cuando la persona deja de hacerlo. El tabaco produce alteración pulmonar y en casos avanzados pueden observarse microabsesos y deformidad de las vías respiratorias.

Enfisema Pulmonar.- Consiste en la destrucción de las fibras elásticas de los alvéolos pulmonares provocando que los pulmones se queden expandidos existiendo por lo tanto una ventilación muy pobre, que trae como consecuencia la falta de aire cuando se hace un esfuerzo, ya que la aspiración comienza en un punto donde el pulmón ya se encuentra aspirando, reduciéndose el aporte de oxígeno a una cuarta o quinta parte de lo normal (UAM, 1989). Los factores de riesgo para su desarrollo son: El tabaquismo y alguna enfermedad en la que exista una deficiencia del alfa 1 antiproteasa. Se define

como la destrucción de los tabiques alveolares, con alteración en su capacidad elástica, originando obstrucción de la vía aérea durante la respiración (salida de aire). Existe una relación directa entre el número de cigarrillos y la gravedad del enfisema. El abandono del hábito disminuye el avance de la enfermedad.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).- Los pacientes con EPOC, presentan tos, expectoración y disnea (falta de aire). En el 80% de los casos, la tos antecede al comienzo de la disnea. La expectoración por lo general es mucosa y cuando cambia de coloración amarillento-verdosa, se traduce en una infección bacteriana agregada. Cuando el padecimiento no está muy avanzado, la disnea aparece únicamente con el ejercicio. A medida que la enfermedad se agrava, la disnea evoluciona con pequeños esfuerzos y cuando los casos están muy avanzados, se presenta incluso en reposo.

Hiperreactividad de las vías respiratorias.- Consiste en la broncoconstricción (espasmo de la vía aérea), considerado como un factor independiente en el desarrollo de EPOC. Cuando este padecimiento se encuentra asociado es importante saber si la broncoconstricción responde o no al empleo de broncodilatadores, ya que la reversibilidad de la obstrucción bronquial se traduce en una mayor sobrevida. La hiperreactividad bronquial asociada al tabaquismo crónico es reversible cuando se abandona el hábito. El espasmo bronquial posiblemente sea secundario a la lesión de la mucosa, por los componentes del humo del tabaco y a la liberación de sustancias bioactivas por parte de las células inflamatorias (Rivas, 1999).

Cáncer broncogénico.- Se considera que el carcinoma pulmonar constituye el 16% de todas las neoplasias, lo que se traduce en un 28% del total de las muertes por cáncer (20% de ellas del sexo masculino) y contribuye con el 38% de las muertes por tumores malignos. Es tal su magnitud, que supera la suma de muertes por otros tumores como el colon, hígado, estómago y páncreas. En el sexo femenino, la frecuencia de cáncer no era muy elevada, sin embargo, a partir de 1960 se observó un incremento paralelo, considerándose la causa más significativa de muerte de cáncer entre las mujeres. En México, según estadísticas (INEGI, 1991), los tumores malignos ocuparon el segundo lugar en mortalidad general, encontrándose 5230 casos en tráquea, bronquios y pulmón. El primer sitio lo ocupa el carcinoma broncogénico. El riesgo de presentar cáncer pulmonar es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, la edad del fumador, el inicio de la adicción, la forma de inhalación y la cantidad de alquitrán de la marca de preferencia. El riesgo relativo se incrementa de 15 a 64%, cuando se fuma de 10 a 40 cigarros diarios y es más alarmante cuando se asocia con asbesto (Rivas, 1999).

La disminución de riesgo de presentar cáncer pulmonar es lenta y en ocasiones puede tardar de 10 a 20 años en alcanzarse el nivel de probabilidad que tienen las personas que nunca han fumado. Con relación al cáncer pulmonar, el tamaño del tumor tienen estrecha relación con los síntomas que presenta. De esta forma, un tumor de 1 cm. Puede ser asintomático e incluso tratarse quirúrgicamente mientras que otro de 10 cm; presente tal vez sintomatología respiratoria y/o síntomas de diseminación a otro sitio, como por ejemplo, a nivel cerebral y estar fuera de posibilidades de tratamiento con un tiempo de vida corta. En nuestro país como ocurre en muchos otros por desgracia, el paciente se atiende cuando está fuera de posibilidades de tratamiento (Rivas, 1999).

Cáncer de laringe.- Los fumadores tienen un riesgo relativamente mayor para presentar neoplasias a este nivel, el cual oscila entre 2.0 y 27.5 veces más, con una relación dosis-respuesta. Existe una fuerte asociación entre el cáncer de laringe y el

consumo de cigarro; hasta 84% de los casos en hombres se pueden atribuir al hábito de fumar (Morris, 1998 <http://www.A.tabaco.com>).

Cáncer de boca.- Existe una alta incidencia de cáncer oral entre fumadores. La relación con no fumadores es de 13 a 1.6 veces. Es significativo que en poblaciones donde existen pocos fumadores (como los Mormones) la tasa de morbilidad de esta neoplasia es baja (Rivas, 1999).

Cáncer de esófago.- La mortalidad por este padecimiento oscila entre 1.3 y 11 veces mayor en los fumadores que en los no fumadores.

Cáncer de vejiga.- El cáncer de vejiga se presenta con una regularidad mayor de dos a tres veces entre los fumadores, asociándose el riesgo con la cantidad de cigarrillos fumados. Se documenta una mortalidad mayor de 1.3 a 11 veces en personas con tabaquismo, en relación a los no fumadores.

Cáncer de páncreas.- La frecuencia con la que aparece esta neoplasia es de dos a uno en los fumadores, no demostrándose, una asociación tan directa como en las neoplasias mencionadas anteriormente.

Cáncer de pulmón.- Aumenta en relación directa con el número de cigarrillos fumados, edad de inicio, cantidad de inhalaciones que se da al cigarro, costumbre de conservar el cigarro en la boca entre las inhalaciones, volver a encender cigarrillos apagados. Los grandes fumadores corren el riesgo de 15 a 30 veces más elevados que los no fumadores.

Enfermedades Cardiovasculares.- El tabaco incide de manera directa sobre el daño a los vasos, cuya manifestación es arteroesclerosis prematura caracterizada por eventos vasculares cerebrales, aneurismas aórticos, cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica, lo que a su vez favorece la mortalidad.

Rivas (1999), nos señala que en México, desde 1980 la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar como causa de muerte (19 mil 776 personas) entre las enfermedades cardiovasculares; estas en conjunto, fueron la segunda causa de mortalidad general. Siendo aproximadamente 30% por infarto del miocardio (corazón), 58% de ellas atribuibles al tabaquismo. El tabaco es el factor de riesgo mayor para el desarrollo del infarto al miocardio en el individuo joven. En un principio, dosis bajas de nicotina producen estimulación del sistema nervioso central (SNC) y cantidades altas, de depresión del centro respiratorio, además de taquicardia e hipertensión, trastornos de la coagulación, así como la liberación de la hormona antidiurética y catecolaminas. En fecha reciente se demostró que esta sustancia ocasiona directamente trastornos de la función cardíaca. Los efectos favorecedores de la arteroesclerosis, secundarios a la nicotina, se deben fundamentalmente a cuatro factores:

1. Daño del endotelio (que forma parte de los vasos del organismo), lo que produce cambios que favorecen la acumulación de lípidos (grasas), que junto con las plaquetas, dañan directamente al vaso.
2. Aumento en la trombogénesis (formación de trombos). Este efecto, aunado al daño endotelial, favorece el hacinamiento de plaquetas, leucocitos y macrófagos (que corresponden a las células de la sangre) lo que condiciona la liberación de sustancias y produce mayor daño a los vasos, lo que significa circulación lenta con disminución de la llegada de sangre al corazón.
3. Aumento de la actividad simpática (efecto de disminución en el tamaño del vaso) lo que repercute en la rigidez de los vasos, disminución de riesgo al corazón y generación de trastornos del ritmo (arritmias).

4. Aumento de la frecuencia cardíaca, lo que conlleva una disminución de la llegada del oxígeno a nivel del corazón. Además de la nicotina en el tabaco, existen otras sustancias favorecedoras de la arteroesclerosis, como es el caso del monóxido de carbono que además de ocasionar daños en los vasos e incremento en la formación de trombos, tiene acciones directas como aumento de la viscosidad sanguínea y un incremento en los leucocitos, que en menor proporción ayudan a la obstrucción de los vasos.

El tabaquismo constituye un factor de riesgo aislado para la arteroesclerosis, que se suma al factor de hipertensión (presión arterial elevada) para causar problema coronario en los pacientes. Por sí mismo, el tabaco incide sobre otros factores, un ejemplo de esto es que el sujeto fumador tiene mayores niveles de colesterol que quienes no lo hacen. Cuando se asocia diabetes con tabaquismo, se acelera en un grado mayor el desarrollo de la arteroesclerosis y se ha determinado que el sujeto fumador tiene mayores probabilidades de desarrollar hipertrofia ventricular izquierda (crecimiento del corazón). El riesgo coronario se incrementa en la mujer que fuma cuando recibe anticonceptivos orales, lo que ocasiona problemas de hipercoagulabilidad e incremento de triglicéridos (grasas) (Rivas, 1999).

Hipertensión arterial.- Significa una presión muy alta de sangre en los vasos sanguíneos por lo que existe una sobrecarga para el corazón ya que tiene que luchar contra una resistencia mayor. Sus causas difieren, entre ellas las prisas, tensión, consumo excesivo de estimulantes como la nicotina y el café. La hipertensión arterial conduce a la arteroesclerosis.

Infarto al miocardio.- Es la obstrucción total de una de las ramas de las arterias coronarias. Se produce un coágulo y debido a esta obstrucción una zona del músculo cardíaco queda sin irrigación sanguínea por lo que se infarta y muere. En esta enfermedad los efectos nocivos del tabaco se deben a la acción del CO a través de la COHb que disminuye el nivel de O en la sangre. Las personas que fuman de 20 o más cigarrillos diarios tienen aproximadamente 3 veces más peligro de un infarto que los que no fuman.

Enfermedad Cerebrovascular.- Los fumadores tienen un riesgo relativo de mortalidad por este tipo de padecimiento de 2.2 a 3.7 veces mayor, incrementándose esta probabilidad hasta 4.8 en el grupo de 35 a 64 años. La enfermedad vascular cerebral abarca insuficiencia vascular cerebral, oclusión de los vasos cerebrales.

Enfermedad oclusiva arterial periférica.- El tabaquismo constituye el factor de riesgo más importante que predispone a este trastorno, cuyas manifestaciones consisten en la presencia de dolor en las extremidades inferiores, con cambios en la coloración de la piel. Ejemplos de la misma se encuentran en la enfermedad aortoiliaca y femoropoplítea. Los aneurismas (ensanchamiento) de la aorta abdominal, son 4.6 veces más frecuentes en fumadores (Rivas, 1999).

Úlcera péptica.- Existe mayor riesgo de desarrollarla en el fumador, también se retarda la curación y se aumenta la posibilidad de recaídas de la enfermedad (Wartenberg Martín M.D. Fundación Clínica Valle del Lili, Publicación No. 12, Santiago de Cali, Junio de 1997, <http://www.Riesgos para el fumador.tabaq.com>).

Gastrointestinal.- La úlcera péptica es el prototipo de este grupo de padecimientos, cuya frecuencia es de 2.5 veces mayor en los consumidores de tabaco, con relación directa sobre la cantidad de cigarrillos fumados diariamente, los años de fumador y la profundidad de la inhalación. No está comprobada la relación de potenciación del daño del tabaco con la ingestión de café o alcohol (Rivas, 1999).

De acuerdo con Kline (1999, [http://www.El tabaco.yahoo.fd789.htm](http://www.El%20tabaco.yahoo.fd789.htm)), se describen las siguientes afecciones:

Afecciones al Sistema Circulatorio.

La nicotina desencadena una serie de trastornos en todos los mecanismos del organismo y fundamentalmente en el área cardiocirculatoria. La suma de todos ellos culminará en una lesión cardíaca irreversible, infarto de miocardio o muerte súbita.

Taquicardia.- elevación de 10 a 30 pulsaciones por minuto, que al cabo de los años son millones de latidos de más y un exceso de consumo de energía. Pueden aparecer palpitaciones.

Arritmia.- Es más frecuente entre los fumadores. Puede producir muerte súbita.

Tensión arterial.- La liberación hormonal produce una crisis hipertensiva. Una crisis por cada inhalación suave del cigarrillo provoca varios millones de choques hipertensivos sobre los vasos.

Ateromatosis Coronaria.- Los no fumadores suelen tener un 40% de ateromas (alteraciones grasientas en las paredes arteriales) en sus vasos coronarios, mientras que en los fumadores de 20 cigarrillos aumenta al 80%.

Lípidos Sanguíneos.- Aumentan las concentraciones de lípidos sanguíneos, favoreciendo la aparición de ateromas y la concentración de ácidos grasos en la sangre.

Trombosis.- Hay aumento de la adhesividad de las plaquetas, llevando al fumador a la trombosis coronaria.

Isquemia Cardíaca.- No existen factores aislados en su génesis. Es la suma de todos los datos anteriores lo que conduce a la suspensión temporal o definitiva, y parcial o total de riesgo en una zona del corazón.

Déficit de Riesgo.- La absorción y fijación del monóxido de carbono, formando carboxihemoglobina, desplaza e impide la absorción del oxígeno por la hemoglobina, por lo que disminuye el oxígeno circulante y el que llega a los tejidos, con una generalizada falta de oxigenación.

Vasoconstricción Periférica.- La liberación de adrenalina cierra los vasos periféricos con caída de la temperatura cutánea y frialdad de las extremidades (manos y pies), pudiendo llegar a aparecer cuadros de gangrena.

Cefalea.- La nicotina y el monóxido de carbono son los responsables de la primera fase de vasoconstricción, que va seguida de la vasodilatación parálitica que produce el dolor de cabeza.

Afecciones al Aparato Digestivo.

Ptialismo.- Aumento intenso de la secreción salival.

Afecciones dentales.- Sarro dentario, dientes amarillos, aumento de infecciones, caries.

Afecciones linguales.- Dolor de la lengua por la acción irritante de la nicotina y lengua saburral por las malas digestiones.

Cáncer de labio y en la cavidad oral.- Frecuencia superior a los no fumadores de 4.1 sobre 1.

Gastritis.- En una primera fase, aparece gastritis con hiperacidez y ardor en el estómago. La medicación antiácida es menos efectiva que en los no fumadores. La cicatrización es dificultada por seguir fumando. Posteriormente aparece una gastritis tóxica por hipoacidez, exceso de moco gástrico y atrofia de los pliegues del estómago.

Dificultades en el metabolismo.- La nicotina disminuye las contracciones de la pared gástrica, con lo que la sensación de hambre desaparece; la intoxicación tabáquica

produce la pérdida de apetito; interfiere con la absorción de proteínas; causa insomnio; favorece la mala digestión; todo esto produce adelgazamiento. Por otro lado, los niveles de vitamina C en los fumadores son más bajos, aumentándose las enfermedades infecciosas.

Afecciones Diversas.

Afecciones Oftalmológicas.- Aumento de conjuntivitis por la acción irritante del humo. Dos nuevos estudios publicados en la revista *Journal Adolescents Medical Addictive* añaden a la lista de problemas que produce el tabaquismo un nuevo dato, muy preocupante: fumar doblatriplica a veces el riesgo de padecer la causa más común de ceguera; la degeneración macular. Los trabajos son epidemiológicos, pero provienen de los bancos de datos más extensos que existen ahora mismo en el mundo, el Estudio de Enfermeras Americanas y el Registro de Médicos en EEUU, los expertos que están evaluando periódicamente los datos de ambos estudios epidemiológicos de la Universidad de Harvard han concluido que fumar predispone a la degeneración de la mácula (un elemento esencial de la retina) y que eleva, por tanto, el riesgo de llegar a padecer ceguera con el tiempo (Carter, 1997 <http://www.Tabaquismo.salud.com>).

Afecciones Epidérmicas.- Envejecimiento prematuro de la piel, enlentecimiento del proceso de cicatrización, favorecimiento de la alergia.

Afecciones urinarias.- Cáncer de vejiga, por la eliminación de nicotina a través de la orina.

Afecciones en las Mujeres.

El cáncer de pulmón ha desplazado al cáncer de mama, como causa principal de muerte femenina por neoplasia. Asimismo, se ha comprobado en las fumadoras un aumento del doble riesgo de contraer cáncer en el útero. Las mujeres que fuman y usan anticonceptivos orales están más expuestas a contraer enfermedades cardiovasculares. Ciertos estudios indican que fumar produce menopausia prematura y aumenta la friñez y los trastornos menstruales (Kline 1999, <http://www.el tabaco.yahoo.fd789.htm>).

Perinatal.- Los hijos de fumadoras tienen en promedio 200 gramos menos de peso al nacer, además, se ha manifestado un incremento en la frecuencia de partos prematuros y mortalidad perinatal atribuible al tabaquismo. Hay un aumento de 10 a 20% en el riesgo de aborto espontáneo y complicaciones, tales como, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta (Rivas, 1999). Se sabe que los distintos componentes que contiene el tabaco, el que mayor repercusión tiene en el embarazo es la nicotina por su efecto de vasoconstricción generalizada y primordialmente uteroplacentaria, así como el aumento de la hemoxihemoglobina. Este efecto es directamente proporcional al número de cigarros fumados; a mayor dosis, mayor tiempo de vasoconstricción y se considera que por cada cigarrillo fumado, el tiempo de vasoconstricción es de 20 minutos, lo que quiere decir, que por cada cajetilla de cigarros al día, existirá de 6 a 7 horas de vaso espasmo. La vasoconstricción útero-placentaria repercute a nivel fetal y va desde un aumento en el índice de abortos, muertes fetales, desprendimiento prematuro de placenta y mala nutrición intrauterina, con su consecutivo retardo de crecimiento, hasta un importante incremento en la presencia de toxemia (INER, 1991).

En los hijos de madres fumadoras aumenta el riesgo de muerte súbita, padecen en mayor proporción de enfermedades pleuropulmonares, infecciones respiratorias, menor rendimiento escolar, menor crecimiento pondoestatural y corren mayor riesgo de volverse fumadores precoces (Kline, 1999 <http://www.El tabaco.yahoo.fd789.htm>).

La exposición combinada a agentes tóxicos y al humo del cigarro, sobre todo en lugares de trabajo, aumenta la gravedad de los efectos adversos que se derivarían de una exposición por separado, advirtió la OMS. El tabaquismo aumenta aún más el riesgo de contraer cáncer cuando la persona está expuesta al asbesto, arsénico, níquel, colorantes, alcoholes, compuestos volátiles de alquitrán, radiación (radón, bombas atómicas, radiografías, plantas nucleares) y ciertos microorganismos patógenos. También aumenta el riesgo de contraer enfermedades crónicas del tórax y asma debido a la exposición a los polvos en las minas, a los pelos y plumas de animales, a polvos vegetales como el algodón, el lino y el cáñamo, y a ciertos productos químicos (<http://www.A:tabaquismo6-1/6/98.com>).

TABAQUISMO Y ASPECTOS PSICOSOCIALES.

Las propuestas para explicar la existencia del tabaquismo incluyen desde las teorías genéticas que sugieren que el individuo está predispuesto a buscar el estímulo de la nicotina en un intento de compensar un déficit de alerta; las teorías psicodinámicas, que buscan la implicación simbólica del cigarrillo como un falo y de las tendencias orales relacionadas con succionar y mantener un objeto placentero en la boca; las sociales, que sugieren que es un mecanismo para lograr estatus y aceptación de grupo, hasta las más recientes, que contemplan los aspectos neurobioquímicos de la dependencia, tolerancia y supresión respecto de la nicotina (Rico, 1990).

A lo largo de muchos estudios realizados en el mundo ha quedado demostrado que la edad en que tiene lugar la iniciación del tabaquismo es antes de los 20 años (De la Garza y Vega, 1985). La búsqueda de la propia individualidad e identidad; la fórmula para hacer contacto y romper el hielo con los demás; o el ritual de iniciación para que el adolescente pase de anticuado a ser más hombre. Pueden ser muchas las causas, una de ellas es el tabaquismo social, en donde existen muchos factores que influyen para que los individuos empiecen a fumar, siendo los más importantes aquellos de tipo psicosocial. Esto se debe a que la conducta de fumar se realiza con mayor frecuencia en una interacción social.

Es común que los adolescentes que fuman se reúnan con aquellos que también lo hacen, y a la inversa. El hábito es más frecuente en aquellas familias en las que los hermanos mayores fuman, lo cual sugiere que el inicio es aprendido como cualquier otra conducta y que está sujeto a las normas de reforzamiento positivo o negativo (Rico, 1990).

Las primeras teorías respecto al componente psicológico del hábito lo relacionaban con problemas sexuales. Estas teorías que provenían del psicoanálisis están desfasadas. Más bien se cree que el componente psicológico viene dado por el proceso, según la cual, el apoyo social refuerza el hábito (Pardell, (1998) <http://www.Solo para fumadores de tabaco. tabaco. com.html>).

En la iniciación del hábito influye también el afán de contactos que tiene un individuo adolescente, en su interés por lograr una identidad y fortalecer su “yo”, que en esta etapa se ve afectada por los cambios psicosociales que conllevan sus cambios físicos propios de la adolescencia (Rivas, 1999).

Carmody (1988), observó en varios estudios lo que sucedía a uno o más individuos al fumar en un contexto de interacción social: Las diferentes acciones que tienen lugar en el transcurso del tiempo que tarda un individuo en fumar un cigarrillo están correlacionados con ciertos patrones de conducta más o menos constantes en el contexto de una interacción social. Por ejemplo, se fuma para mantener la boca cerrada y así disminuir la actividad de participación; desviar la vista de los demás para quitar la ceniza del cigarrillo; hacer una pausa al encender el cigarro para reprimir alguna emoción.

Durante la etapa inicial del tabaquismo existen reforzadores positivos y negativos, los cuales promueven o evitan, según el caso, la persistencia del hábito de fumar. En relación a los reforzadores positivos para fumar se destacan la rebeldía y la curiosidad, actitudes de oposición que acompañan la etapa adolescente; así como el ejemplo de padres, hermanos mayores o amigos fumadores. Por otra parte, los reforzadores negativos corresponden a: la actitud de no fumar de los padres; actitud de la escuela, información

de los riesgos del tabaquismo para la salud; el disconfort y los efectos de la nicotina (Russell, 1978).

El tabaquismo es un hábito que se ha universalizado; llama la atención que sea aceptado tan rápida y fácilmente por todas las culturas; postulándose tres mecanismos básicos de motivación:

- a) Disminuir las manifestaciones de tensión, temor, angustia, etc; es decir, con el propósito de obtener un efecto sedante o tranquilizante.
- b) Para evitar las molestias del síndrome de supresión.
- c) Por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina (Rico, 1990).

Aragón (1981), indica que podemos agregar también que el mantenimiento del hábito al principio es intermitente y está confiado a situaciones sociales. El fumador joven es un fumador psicosocial más que un fumador farmacológico, pero a medida que va aumentando su consumo y agrega las gratificaciones sensoriomotoras y farmacológicas, al paso del tiempo, las gratificaciones psicosociales disminuyen y sólo se mantiene el hábito mediante la gratificación farmacológica.

Schwartz (1978), argumenta que no podemos hablar de una personalidad característica de los fumadores, ya que se desconocen factores del comportamiento que impulsan a los individuos a fumar, en especial a los jóvenes, y que impiden a los fumadores a renunciar al tabaco. Sin embargo, existen diferencias de personalidad entre fumadores y no fumadores, diferencias que han de estar presentes antes de comenzar a fumar.

Schwartz (1969), por otra parte, encuentra ciertas diferencias dignas de mención entre fumadores y no fumadores en las escalas Pp (Psicopatía) y Ma (Manía) del MMPI-I: los fumadores muestran mayor actividad transgresiva en comparación con los no fumadores.

Entre los factores que más influyen cuando se empieza a fumar se encuentra el hecho de tener amigos o familiares que fumen, ciertas características personales como la curiosidad, la rebeldía o el deseo de afirmar la independencia e imitación de un modelo (Orne, 1977). No sólo interviene en el aprendizaje social del fumar la influencia de los padres o los compañeros de la escuela, sino los modelos presentados a través de los medios masivos de comunicación, como "prestigiosos y triunfadores". Las investigaciones psicológicas han demostrado también que el niño responde a la influencia de ciertas imágenes, lo cual es probablemente un factor importante en los anuncios de cigarrillos en los que se vincula el hábito, la distinción social y la vida al aire libre.

Eysenk y colaboradores en sus estudios realizados en 1960 y 1964 reportan que los sujetos muy fumadores de cigarrillos aparecen como más extravertidos que los poco fumadores. Los fumadores masculinos y femeninos disfrutan más en sociedad, toman parte con mayor frecuencia en reuniones sociales y para sentirse a gusto necesitan más contactos con los demás que los no fumadores (Schwartz, 1968). Heinz y cols. en 1977, observaron que los fumadores de cigarrillos son más animados y más sociables que los no fumadores, y vulneran más fácilmente las normas sociales, siendo por tanto más transgresivos (Spiegel, 1970).

Rico (1990), subraya que respecto a los efectos del tabaco en la afectividad, al registrar cambios de humor en relación con las tareas psicomotoras y perceptuales estresantes en grupos de fumadores y no fumadores, Heimstra y otros investigadores detectaron que el fumar reduce las variaciones o fluctuaciones del talante, y estos cambios fueron más significativos conforme aumentaba el estrés.

En lo que toca al desempeño de las tareas, se encontró que los fumadores que se encontraban privados de nicotina tenían un incremento significativo en el número de errores en aquellas tareas que requerían vigilancia y una rápida reacción. Respecto a la agresión, Hutchinson y Emley demostraron que la administración de nicotina en dosis bajas reducía el proceso conductual reflejo que se desencadena ante el estrés y los estímulos displacenteros; es decir, disminuye la repercusión de los estímulos aversivos, lo cual se manifiesta conductualmente en reducción de la agresión, hostilidad e irritabilidad, y además eleva las reacciones de orientación y anticipación, efecto similar al que se obtiene mediante mecanismos tranquilizantes (Rico, 1990).

En el estudio de Smith en 1969, los resultados están relacionados con los riesgos bipolares del test de personalidad de Catell, muestran que ciertos rasgos tales como escrupulosidad, responsabilidad y obediencia, aparecen con un signo negativo en los fumadores, en comparación con los no fumadores, dicho autor resume que los fumadores son más dados a contactos sociales, más impulsivos y transgresivos, mientras que los no fumadores son más restringidos y más religiosos. Smith llega a la conclusión de que la relación de fumar-extraversión puede considerarse como confirmada, ya que se ha podido comprobar con diferentes instrumentos en distintas poblaciones (Rico, 1990).

Rico (1990), describe que según la teoría y desde el punto de vista psicodinámico, el comportamiento oral del fumador significaría que existen dos impulsos referidos al orificio bucal, el primero en relación con el hambre y el segundo vinculado con el impulso de succión que se ha documentado etiológicamente en diversas especies, y que es independiente de la función nutricia. Para otros autores, como Freud, el sentido de poseer un objeto de características fálicas se relaciona con el simbolismo del poder, de estatus, de tener un atributo del que otros carecen.

La mayor parte de los estudios coinciden acerca de que existen ciertos rasgos que se manifiestan más frecuentemente, aun cuando los fumadores no exhiban una diferencia significativa. Dichos rasgos, que se enumeran sin considerar orden de importancia o de frecuencia, son los siguientes: Mayores tendencias orales, rasgos antisociales, mayor actividad y energía, preferencia por el control externo más que por el interno, mayores niveles de ansiedad y competitividad; algunos autores agregan que los fumadores desarrollan poca tolerancia a la frustración y mayor dependencia afectiva respecto de quienes les son significativos (Rico, 1990).

Un estudio realizado por Rusell y cols. (1978), utilizando un cuestionario para obtener datos relacionados con una variedad de motivos y gratificaciones, estilos de fumar y situaciones en las que esta conducta ocurre. Clasifica a los fumadores en siete grupos según la motivación del hábito:

- 1) Hábito psicosocial.- Su uso tiene un valor simbólico con objeto de crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sexualidad y sofisticación. Ayuda a aumentar la confianza social y ganar la aceptación dentro de grupos de la misma clase. Fumar es intermitente y tiende a ocurrir en situaciones sociales. Es frecuente en jóvenes, especialmente adolescentes.
- 2) Hábito sensoriomotor.- Envuelve el placer de las numerosas sensaciones de fumar ligadas a la despreocupación y el uso de manipulaciones tanto oral y manual como respiratorias. Ver la cajetilla, sentir el cigarro en la mano y en la boca, el proceso de encenderlo, mirar el humo, el olor, el sabor y el sonido, contribuyen a la formación de un acto sensoriomotor elaborado. La repetición de este acto es en sí mismo más gratificante que su efecto farmacológico.

- 3) Hábito por indulgencia.- Probablemente es el más común. Se consumen menos de veinte cigarrillos diarios y se fuma por placer, generalmente en etapas de reposo o relajación, después de los alimentos. Fumar se asocia al consumo del café, té o bebidas alcohólicas.
- 4) Hábito sedante.- El tabaco es usado como un sedante o tranquilizante para aliviar estados de ansiedad y tensión. Su frecuencia varía de acuerdo con el estado emocional del fumador. Produce satisfacción bucal y mantiene ocupadas las manos. Es más frecuente en mujeres, muchas de ellas obesas, que fuman “para no subir de peso”.
- 5) Hábito estimulante.- El tabaquismo ocurre cuando la persona está ocupada y activa. La acción estimulante de la nicotina ayuda a pensar y concentrarse mejor, mitigar la fatiga y resistir la tensión. La inhalación del cigarrillo es profunda y su consumo es alto.
- 6) Hábito adictivo.- El fumador no resiste estar sin fumar más de veinte o treinta minutos. Fumar no es placentero, pero se ha convertido en una necesidad. Se empieza a fumar al despertar y cesa durante el sueño y el tabaquismo es regulado para mantener un alto nivel de nicotina en el cerebro.
- 7) Hábito automático.- Se da principalmente entre los fumadores crónicos que presentan hábito estimulante o adictivo, o ambos. El acto de fumar se ha vuelto inconsciente y no se dan cuenta del consumo.

Los siete tipos de hábito van a depender de las diferentes clases de recompensa, ya que existe una progresión que empieza por recompensas no farmacológicas (psicológicas y sensoriomotoras) pasando por un efecto positivo de nicotina, para finalmente llegar a la adicción de la misma, en la que el fumar ya no está motivado por un efecto positivo, sino por la necesidad de evitar los síntomas displacenteros.

Cualquier fumador puede verse retratado con varios tipos de hábito y no exclusivamente con uno solo de ellos. Sin embargo, hay una asociación entre un fumador y su patrón predominante de tabaquismo.

Rico (1990), cita a Rusell donde propone una clasificación de los fumadores que han persistido hasta la actualidad y que se basa en el patrón de reforzamiento predominante. Rusell refiere tres patrones en particular que son:

- **Recompensas psicosociales.** Son aquellas que incluyen el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación al grupo, así como obtener las connotaciones simbólicas de rudeza y precocidad. Se presentan fundamentalmente al inicio del tabaquismo.
- **Recompensas sensoriales.** Son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc.), así como las más específicas de tipo oral, como es el caso de la succión.
- **Recompensas farmacológicas.** Incluyen los diversos efectos nicotínicos (euforizante, sedante, estimulante), así como el rápido alivio que se experimenta con la nicotina en los casos de supresión.

De acuerdo con este autor, se obtienen entonces cinco grupos diferentes que interrelacionan estas recompensas, las características de tales se describen a continuación:

1. **Fumador psicosocial.** En esencia, las recompensas son sólo psicosociales; prácticamente no existe inhalación de nicotina. El fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales; fuera de ellas no existe deseo de fumar. Paulatinamente se va dando una evolución hacia otras recompensas, primero sensoriales y más tarde farmacológicas.

2. Fumador indulgente. Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como al ver la televisión, al descansar después del trabajo, mientras se lee, etcétera.
3. Fumador por tranquilizarse. El efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para aliviar la ansiedad y la tensión. Las recompensas son tanto sensoriales como farmacológicas, y la frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.
4. Fumador por estimularse. Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir.
5. Fumador por adicción. El sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias.

Entre los problemas mas comunes derivados del uso del tabaco, dentro de la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA-CONADIC, 1998-99) son las siguientes:

| | |
|--|-------|
| Despertar en la noche para fumar..... | 7.4% |
| Sentirse nervioso por no fumar..... | 21.3% |
| Intentar no fumar sin conseguirlo..... | 39.6% |
| Problemas médicos por fumar..... | 23.0% |
| Problemas con la pareja..... | 25.6% |
| Problemas con la familia..... | 34.8% |
| Problemas en el trabajo..... | 8.7% |

Respecto a la psicopatología implicada como una de las circunstancias mas importantes, la cual se cataloga como una adicción menor, comprende fundamentalmente: la personalidad del fumador, la motivación para fumar y el reforzamiento social del problema. Según la misma encuesta, las principales actividades en las que se incrementa más el consumo de los fumadores son:

| | |
|--------------------------------------|-------|
| Asistir a reuniones..... | 35.9% |
| Terminar de comer..... | 15.3% |
| Trabajar..... | 14.8% |
| Al consumir bebidas alcohólicas..... | 10.3% |
| Durante actividades recreativas..... | 10.0% |

Por otra parte Orne (1977), según sus investigaciones concluye que no hay un tipo de fuerzas psicológicas que predomine en las motivaciones para fumar o no fumar, y que tanto fumar como no fumar puede ser una manera de expresar el conflicto entre la satisfacción de los propios deseos y la adaptación a las exigencias y expectativas de la sociedad y de sus figuras prominentes. El que un fumador se plantee la renuncia o modificación de su hábito de fumar, el éxito que tenga en el empeño depende en gran parte de la percepción de la amenaza que represente el seguir fumando, lo útil que sea psicológicamente para él, el fumar, y las influencias ambientales que favorezcan u obstaculicen sus esfuerzos por modificar el comportamiento.

Podemos decir entonces que si tomamos en cuenta el número de fumadas por cigarrillo (7 a 10 aproximadamente) y la cantidad de cigarrillos consumidos al día, se puede calcular la enorme carga de reforzadores, lo que lleva a la conclusión de que el fumar es una conducta altamente reforzada (INER, 1991).

Los fumadores defienden su adicción a capa y espada, y si se ha hablado del tema, los fumadores se ratifican en su conducta tabáquica con mil argumentos y una conducta a la defensiva, y es porque fumar llega a manifestarse como algo inherente a la persona. Fumar llega a ser parte de uno mismo, y esto no deja de constituir desde el punto de vista psicológico algo singular.

Sin embargo, si el fumador esta convencido de “querer” dejar de fumar, puede lograrlo. Cambiar de actitud, de un “no quiero” dejar de fumar” a un “sí quiero” dejar de fumar, está en la base de la ruptura psicológica para dejar de fumar, y este paso quizá sea el más difícil de todos. Justo en el momento en que el fumador cambie de actitud, estará iniciando el proceso de dejar de fumar.

ASPECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS DEL TABAQUISMO.

Los factores socioeconómicos del tabaquismo son innumerables, una de las características importantes es la de los pacientes que acuden a la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) durante el año de 1997:

La edad de los pacientes varió entre 15 a 74 años, siendo el grupo de 36 a 45 años el más frecuente con el 33%. En cuanto al sexo, el 51% es femenino y el 49% masculino. Respecto a la edad de inicio en el hábito, encontramos que el 44% se inicio antes de los 20 años, el 49% consumen más cigarrillos por día. El 88% tienen mas de 10 años de ser fumadores.

En cuanto a la marca predominante encontramos que un 80% consumen "Marlboro", con respecto a ocupación el 32% son profesionistas, el 20% amas de casa. Referente a prestaciones médicas, encontramos que el 48% carecen de ellas y el 52% si las tienen (Rivas, 1999).

La causa principal por las que las personas fuman se debe fundamentalmente a modelos sociales y el mantenimiento muchas veces está asociado a multitud de contextos de refuerzo social. Esto lo saben muy bien los fumadores. Se fuma para trabajar mejor, se fuma para relacionarse socialmente, se fuma por motivos profesionales, etc., el refuerzo social por el cigarrillo es enorme. El cigarrillo es el objeto sobre el cual el fumador fuma unas veces de manera consciente y otras inconsciente, es capaz de verter una cantidad bárbara de cuestiones personales, lo cual es una especie de trampa que justifica el hecho de fumar y por supuesto lo mantienen. Éste sería el tercer lado del triángulo de refuerzo de la conducta del tabaco.

El cigarrillo es una muletilla para muchos fumadores, y dependiendo de la propia personalidad se usa ésta para contextos sociales. Por ejemplo una persona que necesita hacerse más extravertida en u contexto social; para el inicio de un acto social extravertido, es fácil que acompañe su conducta con un cigarrillo. El cigarrillo prepara, con un nivel de excitación orgánica, ese esfuerzo social. Sobre el cigarrillo el fumador muchas veces proyecta sus ansiedades liberándose de ella. Mantenemos nuestra conducta de fumadores muchas veces porque obtenemos gratificación con ello. Quizá se incremente nuestra seguridad personal, nos reafirmamos en lo que creemos son nuestras mejores armas de intercambio social y control de tensión ante situaciones y contextos sociales. Pensemos por ejemplo en un alto ejecutivo sometido a la presión del estrés. Fumar un cigarrillo puede ser la válvula psicológica de escape ante la tensión. Cuando se asocian situaciones importantes con el acto de fumar la conducta de fumar queda más asentada, y es más difícil dejarlo.

El tabaquismo en la actualidad ha sido relacionado con diversas enfermedades y muertes prematuras, según los reportes de SSA y CONADIC (1999), que aportan datos que merecen nuestra atención por asociarse como una consecuencia directa de problemas sociales y económicos a diversos niveles, como son: Nivel personal, familiar, laboral, nacional y mundial.

A nivel personal.- En primera instancia con la pérdida total o parcial de la salud, además del rechazo, crítica y complicaciones que le implica en algunos medios sociales.

El aspecto económico.- De acuerdo a las características antes mencionadas; la mayoría de los pacientes en el mundo fuman de 21 a 60 cigarrillos al día, con un

promedio de 40 cigarrillos diarios, que equivale a más del 50% de un salario mínimo, implicando gastos médicos importantes.

A nivel familiar.- Se encuentra primordialmente la desintegración familiar, como consecuencia de la pérdida parcial, o total, de la salud de alguno de los miembros de la familia, y si éste es el sostén económico, ello representa un impacto más importante aún. Por otro lado, el gasto innecesario en la compra de cigarrillos, que implica la incapacidad de proveer a la familia de otros elementos más importantes para su manutención. Además de traer como consecuencia la pérdida o disminución del salario, se da el ausentismo y bajo rendimiento escolar por pérdida de salud de los hijos de fumadores (tabaquismo pasivo), debido a que un ambiente cargado de nicotina y monóxido de carbono puede, también dañar seriamente la salud de los no fumadores.

A nivel laboral.- Es importante advertir que las enfermedades provocadas por el tabaco producen frecuentemente ausentismo laboral, bajo rendimiento, y como consecuencia, disminución de la productividad de la población económicamente activa, lo que se traduce en el aumento de costos en la mano de obra, pago de incapacidades frecuentes, pago de servicios médicos, de pensiones y jubilaciones prematuras por enfermedades incapacitantes y prevenibles.

A nivel nacional.- Aquí se considera el desempleo como producto de los daños a la salud que provoca el tabaco y el subempleo consecuencia del primero, por que al no existir la posibilidad de un trabajo estable, se enfrenta la necesidad de realizar otro tipo de actividades. Existe un incremento en la morbilidad por padecimientos prevenibles, se propicia la pérdida de la población en edad productiva y aumento de accidentes de trabajo.

A nivel mundial.- Existen algunos puntos interesantes, como es el número de incendios producidos en distintos países, los cuales se encuentran asociados con el manejo irresponsable de cigarrillos, los daños ecológicos producidos por la utilización de plaguicidas en las extensas áreas donde se siembra el tabaco, que generalmente contaminan las aguas, esterilizan los suelos y tienen por sí mismos consecuencias carcinógenas, o el dato, ciertamente alarmante, de la madera que se utiliza para secar el tabaco en países de bajo desarrollo tecnológico, ya que por cada 300 cigarrillos producidos les es necesario quemar un árbol.

El hábito de consumo de cigarrillos está aumentando entre la juventud e incrementándose la posible duración de dicha habituación así como el daño potencial orgánico y social. Es probablemente una de las principales causas evitables de mala salud en el mundo y actualmente se considera a la molécula de nicotina como la responsable de la conducta adictiva, potencialidad que podría ser modificada, dado que el fumar tabaco es una forma de administrarla.

Una vez adicto a la nicotina de los cigarrillos, los fumadores tienen mucha dificultad en terminar su hábito, tanto en su comportamiento como fisiológicamente. La industria del tabaco esta consciente de esta dependencia a la nicotina y trabaja para mantener los niveles necesarios de esta droga adictiva con el fin de asegurar la continuación de su producto. Si la industria del tabaco públicamente niega la adicción de su producto, en sus documentos internos muestra otra cosa: (Brown 1999, <http://www.tobacco.org/Documents/documentquotes.html>).

En lo que se refiere al tabaquismo y sus daños a la salud no existen diferencias importantes entre países capitalistas y socialistas. Al respecto se citan tres naciones que son las más potenciales en manufactura de tabaco: Japón, por ejemplo, donde un 78% de

la población fuma, la prevalencia de cáncer de pulmón ya supera la tuberculosis. En Estados Unidos pese a la disminución de un 20% en el número de fumadores en 1964, la población que fuma lo hace más que antes; esta situación ocasiona 300 mil muertes al año. En 1984 se estimaron los costos médicos directos en 23.3 billones, costos médicos por enfermedad 9.3 billones, costos indirectos por mortalidad 21.1 billones de dólares. Es decir que en un año se gastaron aproximadamente 54 billones de dólares de manera innecesaria. En China, donde el consumo del tabaco se ha duplicado, es el principal productor de este producto a nivel mundial, aunque cabe mencionar que consume todo el tabaco que produce. Existen proyecciones que indican que todos los niños vivos actualmente de menos de 20 años, 50 millones morirán a causa del tabaquismo. La situación en América Latina no es menos afortunada (CONADIC, 1999).

En nuestro país en 1988 la asignación de recursos financieros para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud ascendió a 7.7 billones de pesos, lo cual representó aproximadamente 1.9% del Producto Interno bruto registrado en el año.

El hábito de fumar se inicia debido a factores psicosociales muy complejos; estos incluyen, de manera predominante, tanto a la aceptación y a la presión social como a la tensión y al ocio, así como los correspondientes reforzamientos derivados fundamentalmente de la publicidad y de la asociación con muchas de las actividades cotidianas. Una vez que el sujeto inicia el hábito de fumar, la nicotina empieza a jugar un papel importante en la persistencia del hábito, por sus efectos farmacológicos de dependencia (CONADIC, 1999).

La producción de tabaco ha sido considerada como un elemento de importancia en la economía mexicana salvo fluctuaciones periódicas. México ocupa el décimo octavo lugar entre los países exportadores de tabaco con un promedio anual de 22 mil toneladas. Durante los años de 1980 y 1981 se obtuvieron por concepto de exportación de tabaco en rama, 48 millones de dólares. Esta industria significa un promedio de 711 mil horas de trabajo. En la economía de la industria nacional del tabaco, figuran de manera importante los gastos anuales destinados a propaganda comercial. En 1982, por ejemplo, se gastaron más de mil millones de pesos en programas de televisión que ocuparon 4 333 minutos, equivalentes a tres días completos de transmisión. En 1983 esta cifra se duplicó a 2 mil millones y para 1991 el Instituto Nacional del Consumidor reporta que fueron producidos 3500 anuncios publicitarios de cigarrillos, teniendo un costo de 267,178 millones de pesos (CONADIC, 1999).

LOS CARDIOLOGOS ESPAÑOLES PIDEN QUE AUMENTE EL PRECIO DEL TABACO; el comité nacional de Prevención del Tabaquismo exige medidas al Gobierno. Incrementar el precio del tabaco, reforzar la educación antitabaco en la sociedad y realizar un control más estricto de la publicidad. España es, junto con Grecia, el país de la Unión Europea que consume más tabaco y de forma más económica. El número de mujeres fumadoras crece anualmente un 2%. Por ello, los cardiólogos españoles han exigido, durante el XXI Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología que se celebra en Barcelona, que el Gobierno emprenda medidas más contundentes para reducir el tabaquismo a la mitad, algo que ya se ha logrado en otros países, como Estados Unidos. Si se incrementa un 5% el precio del tabaco se conseguirá reducir un 10% su consumo, especialmente entre la población joven, explicó el cardiólogo Víctor López García-Aranda, presidente del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo de Barcelona, España (2000, <http://www.sociedad XXI congreso.mx>).

El abogado Richard Scruggs ideó la estrategia para demandar a las tabacaleras por los gastos asumidos por esa entidad para curar enfermos por el tabaco. Si las compañías cigarreras habían engañado sobre los efectos nocivos de su producto eran responsables del pago para resarcir los costos del gobierno. Pronto 40 estados de la Unión Americana se sumaron al argumento de Mississippi y, en noviembre de 1998, unas semanas antes de presentar los argumentos finales y reconociendo la posibilidad de que el jurado decidiera en contra, las empresas tabacaleras acordaron el pago de 256 mil millones de dólares en los próximos 25 años a los estados (Reforma, febrero, 2000).

Tuvieron que hacer públicos cuatro millones de los 35 millones de documentos acumulados desde los años 50 que evidencian lo que por años intentaron mantener en secreto. En ellos se descubrió que desde 1954 las tabacaleras sabían que el cigarrillo genera cáncer. En enero de 1998, la Compañía DNA Plant Technology Corp., de Oakland, admitió haber trabajado en un proyecto en Brasil llamado Y-1, que pretendía desarrollar tabaco que tuviera 6% de nicotina: el doble de lo normal (Reforma, febrero, 2000).

Desde 1984, la Ley General de salud prohíbe en México la venta de tabaco a menores de 18 años. Sin embargo, el 79% de los comercios venden cigarrillos a menores de edad. El artículo 20 del Reglamento de la ley General de la Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, emitida en México el 18 de enero de 1988, obliga a las tabacaleras a anunciar el contenido de nicotina y alquitrán de sus productos. El primer elemento es el principal ingrediente activo del tabaco y el segundo es el más canceroso. El mismo Reglamento prohíbe desde 1994 fumar en centros de salud y hospitales, y desde el 24 de abril de 1999 en edificios públicos; sin embargo a la fecha estas disposiciones no se cumplen (Reforma, febrero, 2000).

Los cardiólogos tienen buenas razones para preocuparse por el consumo del tabaco. Según datos del estudio "Trifusal in Myocardial Infarction (TIM)", realizado en 29 hospitales de España, Italia y Portugal, el tabaco duplica la posibilidad de sufrir infarto de miocardio en personas "aparentemente sanas" informa Europa Press (García-Aranda, 2000 <http://www.sociedad XXI congreso.org.mx>).

EL COMITE DEL TABAQUISMO APOYA LA "UTOPIA" DE LA OMS; la Organización Mundial de la Salud propone que el tabaco se venda sólo con receta médica, debido al elevado número de muertes que causa cada año. El tabaco y su insana estirpe pueden sufrir un nuevo y duro revés: la Organización Mundial de la Salud pretende que los cigarrillos se vendan en un futuro con receta médica. El comité Nacional de Prevención del Tabaquismo comparte la propuesta pero dice que es una utopía. La directora de la OMS, Harlem Brundtland, pidió en un coloquio celebrado en Berlín que la poderosa Food and Drug Administration (FDA) norteamericana y otras autoridades internacionales de consumo pongan los cigarrillos bajo su control. La fórmula para conseguirlo: que queden vinculados a receta médica. ¿La razón? se trata de un producto que provoca adicción y mata a sus consumidores. "Los cigarrillos son un producto farmacéutico que crea dependencia y que debe quedar controlado", dijo Brundtland. El comité Nacional de Prevención del Tabaquismo reitera que son más útiles medidas que están más al alcance de la mano, como el desarrollo de la normativa sobre publicidad, que los cigarrillos se vendan en puntos cerrados y que no estén a disposición de los menores (Newman 2000, <http://www.sociedadtabaco.La OMS.com.html>).

TABAQUISMO EN EL TERCER MUNDO. Las personas muy pobres suelen recurrir al tabaco como medio barato y accesible de mitigar el hambre. En el Tercer Mundo hay pocos gobiernos que no vacilen a la hora de tomar decisiones que podrían privar a esas personas del pequeño consuelo que les aporta el acto de fumar o de masticar un poco de tabaco. El tabaco no es un simple problema sanitario sino que representa una importante fuerza económica con resonancias sociales.

A nivel mundial, en 1985 el cultivo del tabaco ocupaba 4109 hectáreas, de las cuales el 73% se encontraba en países en desarrollo. El tabaco ocupa tres de cada mil hectáreas de la tierra arable del mundo, y los ingresos que reporta por hectárea suelen ser cinco veces a mayores que los del maíz y entre tres y cuatro veces mayores que los del algodón y los cacahuates (OPS, 1992).

Un grupo de abogados, encabezado por ex Presidente José López Portillo, intenta convencer al gobierno de México que demande en Estados Unidos a la industria tabacalera de ese país por haber engañado sobre los daños a la salud que causa el consumo de cigarrillos. Los abogados calculan que, en caso de ganar la demanda, México puede obtener cerca de 20 mil millones de dólares lo que equivale a dos veces el presupuesto anual de la Secretaría de Salud mexicana, para resarcir los gastos incurridos por el estado en el tratamiento de enfermedades relacionadas con la adicción al tabaco. México debe presentar la demanda para poder recuperar el dinero que ha gastado en salud pública, dice Andrés Pereira abogado del despacho Fleming, Hovenkamp y Grayson quien está promoviendo litigios de varios países y es uno de los abogados en Houton asociado con el grupo encabezado en México por Portillo (Reforma, febrero, 2000).

Con los documentos filtrados por ex empleados de las tabacaleras, Kessler y otras autoridades obtuvieron por primera vez indicios de lo que hasta entonces nunca se había logrado comprobar: que las compañías sabían que el cigarrillo era dañino, que era adictivo, y que enfocaban su producto a menores de edad (Reforma, febrero, 2000).

TABAQUISMO PASIVO

Así se llama al hecho de aspirar el humo del tabaco presente en el aire que nos rodea. Este humo puede contener hasta 4,000 sustancias químicas, siendo muchas de ellas nocivas para la salud y se sabe que 40 de ellas provocan cáncer. El 15% del humo del cigarrillo es inhalado por el fumador y el 85% restante va directamente al aire. El problema no lo constituye únicamente el humo visible, sino también los gases no visibles que pueden aspirarse involuntariamente.

El humo del tabaco molesta a la mayor parte de los no fumadores y a un número cada vez mayor de fumadores, entre sus efectos se encuentran: irritación ocular, especialmente incómoda para quienes llevan lentes de contacto, irritación de nariz y garganta, dolores de cabeza, mareos, náuseas, cansancio, falta de concentración, reducción de las sensaciones del olfato y del gusto, y olor persistente en la ropa, tejidos y pelo (Sarquis, 2000 <http://www.telenne.terra.es/personal/eac00002/tapasiv.htm>).

El cigarrillo genera estos efectos al desencadenar una serie de fenómenos en nuestro cuerpo que se pueden clasificar así: inflamación e irritación aguda y crónica, estimulación de procesos celulares y bioquímicos, bloqueo de funciones metabólicas y biológicas normales, daño tóxico a elementos celulares y bioquímicos, carcinogénesis (estímulo en el crecimiento de células cancerosas).

Existen dos grupos de personas que pueden presentar problemas de salud como consecuencia de fumar: el fumador activo, que voluntariamente se expone al humo del cigarrillo. El fumador pasivo, que de manera involuntaria se ve expuesto al humo del cigarrillo (Wartenberg, 1997 <http://www.Riesgos> para el fumador tabaq.com).

Actualmente se está prestando gran importancia a la existencia de fumadores pasivos que son los individuos expuestos al humo de tabaco, sin ser ellos mismos fumadores. El humo que inhala este fumador pasivo es el de la corriente secundaria, que contiene hasta tres veces más nicotina y alquitrán que la corriente principal que aspira el fumador, unas cinco veces más monóxido de carbono y cincuenta veces la cantidad de amoníaco que el humo original. También hay evidencia de que hay cadmium en el humo que se queda en el ambiente, el cual se cree que es uno de los componentes del humo que causa enfisema, dañando los alvéolos del pulmón (Alcaloya, 1985).

Un fumador pasivo expuesto al humo de tabaco durante una hora, inhala una cantidad equivalente a 2-3 cigarrillos. De ahí la importancia de proteger los derechos de los no fumadores, ya que como sucede con el alcohol, el hábito de fumar está socialmente aceptado y hasta fechas recientes favorecido. Fumar un cigarrillo libera en el aire que rodea al fumador aproximadamente 70 mg de partículas y 25 mg de monóxido de carbono. La concentración de monóxido de carbono en cuartos llenos de humo alcanza aproximadamente 80 partes por millón y esta cantidad es considerada por la Environmental Protection Agency como riesgosa y superior al límite establecido como no peligroso en centros de trabajo. Por tanto, con mucha frecuencia, los cuartos o automóviles llenos de humo están violando las normas de pureza de aire (Durek y Girdano, 1985).

El tabaquismo pasivo es algo más que una molestia. Es un riesgo para la salud ya que se ha demostrado que incrementa el riesgo de padecer cáncer de pulmón en los no fumadores, supone un riesgo para las personas que padecen enfermedades respiratorias y

y humo de tabaco y agrava enfermedades existentes de base como son el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (enfisema, bronquitis crónica) (Sarquis, 2000, <http://www.terenne.terra.es/personal/eac00002/tapasiv.com>).

El tabaco no solo pone en peligro la salud de los fumadores, sino también la de las personas que les rodean. El humo del tabaco molesta a la mayor parte de los no fumadores y aun número cada vez mayor de fumadores.

Los niños son especialmente vulnerables a los efectos del tabaquismo pasivo, ya que los mecanismos de defensa de su cuerpo están menos desarrollados. De otra parte tienen menos posibilidades de evitarlos o de oponerse a él, aunque en ocasiones a través del llanto expresa su sensación de incomodidad. Puede suponer un riesgo para su salud incluso antes de nacer, ya que fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto, de que nazcan niños muertos, o de que nazcan con un peso inferior al normal. Fumar en presencia de una mujer embarazada entraña pues riesgos para la salud del feto (Sarquis, 2000, <http://www.terenne.terra.es/personal/eac00002/tapasiv.com>).

En el primer año de vida los hijos de padres fumadores sufren dos veces más bronquitis y de neumonías que los padres no fumadores. Tapia (1980), señala que se ha encontrado correlación entre la prevalencia de enfermedades respiratorias en niños y el hábito de fumar de los padres; y la relación es más fuerte cuando los padres tienen tos y fuman.

Los fumadores que abandonan el hábito, tienen un regreso en los efectos tóxicos provocados por el tabaco. La mortalidad se aproxima a la de los no fumadores a medida que aumenta la duración de la abstinencia. A los 10-15 años de abstinencia, el riesgo de contraer cáncer de pulmón es prácticamente igual que el de un no fumador.

Masironi en 1979, informa ante un comité de expertos de la O.M.S., que los adultos sanos que se ven sometidos a inhalaciones involuntarias de humo de cigarro, la exposición causa molestias como irritación de ojos y nariz, cefalalgia y náuseas, pero para las personas asmáticas, convalecientes de infarto de miocardio o que sufren trastornos análogos cardiovasculares y respiratorios, la exposición a una atmósfera contaminada con humo de tabaco puede tener repercusiones adversas sobre la salud (Escayola, 1988)

Según Tapia en 1980, en estudios realizados en Alemania se han encontrado niveles medibles de nicotina en la sangre y en la orina de personas no fumadoras expuestas al humo del tabaco (Escayola, 1988).

Se calcula que en las esposas (no fumadoras) de los fumadores aumenta el riesgo de 2% a 3%, de contraer cáncer pulmonar. Se incrementan también, síntomas respiratorios, se eleva el riesgo de cardiopatías, se relaciona además con cuadros de otitis, tos crónica, flema, asma y recurriendo a los análisis de "cotinina" en la orina, sangre o saliva, considerada como el marcador biológico más fiel, detectándose dicha substancia en el 90% de la población estudiada de personas expuestas, pasivamente, al humo del tabaco (IMSS, 1997).

El mayor conocimiento de los peligros de fumar en general y los estudios concluyentes sobre el humo ambiental, junto con una mayor preocupación por los problemas de contaminación del aire, así como el movimiento pro derechos individuales, han dado lugar a una presión en contra de fumar en público. Las personas no fumadoras están armadas, tienen una Declaración de Derechos y la guerra a empezado:

DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NO FUMADOR.
LOS NO FUMADORES AYUDAN A PROTEGER LA SALUD, BIENESTAR Y SEGURIDAD
DE TODOS AL INSISTIR EN LOS SIGUIENTES DERECHOS
EL DERECHO DE RESPIRAR AIRE PURO

Los no fumadores tienen el derecho de respirar aire limpio, libre del dañino e irritante humo del tabaco. Este derecho invalida el derecho del fumador a fumar cuando ambos entran en conflicto.

EL DERECHO A PROTESTAR

Los no fumadores tienen el derecho a expresar firme pero cortésmente su malestar y sus reacciones adversas al humo del tabaco. Tienen derecho a manifestar sus objeciones cuando los fumadores encienden un cigarrillo sin pedir permiso.

EL DERECHO A ACTUAR

Los no fumadores tienen el derecho a actuar por medio de los canales legislativos, presiones sociales o cualesquiera otros medios legítimos como individuos o en grupos para advertir o disuadir a los fumadores de contaminar la atmósfera, y para conseguir la restricción a fumar en lugares públicos (Durek, 1985).

A la mayoría de los fumadores no sólo le importa poco los perjuicios del tabaco sobre ellos mismos sino que también no les importa el daño que puedan causar a los demás, dice Santiago Morantes, psicólogo y director de AFECTA primera asociación de afectados por el tabaquismo y para la defensa de los no fumadores en España. Esta asociación se formó hace año y medio, y no solo es para enfrentar a las víctimas pasivas y activas del tabaco, sino también para ayudarlas a todas a resolver este importante problema de salud. AFECTA es el primer movimiento ciudadano de ámbito estatal (existen otras autonómicas, en Cataluña y Canarias, España). El tabaquismo es una pandemia mayor que el SIDA. De cada 1,000 individuos, se estima que dos mueren por SIDA, 135 por causa del tabaco y uno por otras drogas (Cross, 1998 <http://www.Tabaquismo.Afecta.com.mx>).

De acuerdo a la página (Sarquis, 2000 www.terenne.terra.es/personal/eac00002/tapasiv.com) cada vez son más las empresas que introducen políticas antitabaco en el lugar de trabajo. Ello se debe a la demanda popular, pues el 88% de los europeos según la encuesta EURO-SANTE 1992 está a favor de que se delimiten zonas para fumadores y no fumadores en el lugar de trabajo. Los empresarios están obligados a proporcionar un medio de trabajo sano y seguro. Ya nadie duda de los efectos nocivos del tabaquismo pasivo. Los empresarios pueden ser considerados responsables de los daños causados a la salud de sus empleados como consecuencia de tabaquismo pasivo en el lugar de trabajo. Los Gobiernos y las Autoridades públicas de la Comunidad Europea, están tomando medidas para restringir el consumo de tabaco en los lugares públicos. La opinión publica mayoritaria les respalda. Encuestas llevadas a cabo recientemente revelan que más del 80% de los europeos están a favor de que se prohíba fumar en lugares públicos cerrados. No sólo son los no fumadores los que quieren disfrutar de un aire limpio sino que muchos fumadores eligen también zonas en las que está prohibido fumar para respirar mejor. En respuesta a la demanda, muchos establecimientos públicos han acondicionado áreas y salas para no fumadores. Cada vez son más limitadas las posibilidades de fumar en los transportes públicos. Estas restricciones ayudarán a crear un entorno más limpio y saludable para todos. El comité de Cancerólogos de la Comunidad Europea, ha fijado diez reglas para reducir el número de muertes por cáncer, estimando que ello podría llegar hasta un nivel de reducción del 15% de este año 2000, si se observan por los ciudadanos aquéllas. De

entre ellas la primera específica: No fume fumador: Deje de fumar lo antes posible y no fume delante de otros.

En México, todavía se ve como algo normal fumar donde está prohibido, subir a un taxi donde el conductor exhala el humo de un puro durante todo el trayecto o trabajar en una oficina a ciertas horas de la tarde, el humo de los cigarrillos forma una nube que empapa la ropa interior y hasta el último alvéolo de los pulmones de los laborantes. Los fumadores se sienten víctimas acosadas cada vez que aparece un nuevo estudio sobre los prejuicios del tabaco o se les sugiere que apaguen el cigarrillo en algún lugar público. Y los no fumadores que osan quejarse y reclamar su derecho de respirar un aire sin humo suelen ser tachados de intolerantes y plastas. En muchos países (incluyendo algunos de Asia y Africa) ya existe una legislación para respetar a los no fumadores.

En Estados Unidos, el llamado humo de segunda mano mata a 3,000 no fumadores al año por cáncer de pulmón y a 37,000 por cardiopatías. Una editorial norteamericana reitera la necesidad de que los fumadores pasivos empiecen a ser activos para proteger su salud. El trabajo ratifica que el humo de tabaco causa cáncer de pulmón y multiplica el riesgo de enfermedad cardiovascular. Y que los bebés de madres fumadoras tienen el doble de riesgo de sufrir muerte súbita y de padecer asma y otras enfermedades respiratorias crónicas (Cross, 1998 <http://www.Tabaquismo.Afecta.com.mx>).

En la actualidad nos encontramos con una serie de maliantes que con tal de incrementar sus ganancias, son capaces de muchas cosas como: pago a científicos, relaciones con "periodistas amigables, estrategias ideadas por compañías internacionales, todo para encubrir la evidencia de que no solo fumar, sino también respirar el humo de los fumadores mata. De acuerdo al periódico Reforma (el 27 de febrero del 2000), la transnacional estadounidense Phillip Morris emprendió una campaña de contrainformación para preservar el millonario negocio del tabaco; llevó a cabo esta campaña durante años una estrategia mundial, muy marcadamente en Latinoamérica, de encubrimiento y desinformación edificó una cortina de humo para opacar la creciente evidencia científica que demostraba que fumar provocaba cáncer y otros estragos a la salud y obstruir que los legisladores de los diversos países instauraran leyes antitabaco. Las compañías orquestadas por la oficina de relaciones públicas Burston Marsteller, la agencia de publicidad Leo Brunett y el bufete legal Covinton and Burling las tres empresas transnacionales, incluyeron el pago a científicos para que, con artículos escritos por ellos revirtieran información sobre el cáncer que genera el humo secundario en los Estados Unidos. Otras líneas de acciones incluidas en las estrategias pagadas por Phillip Morris fueron un pacto entre agencias de publicidad de América Latina para intentar impedir la creación de reglamentos que restringían la propaganda de cigarrillos, y la formación de grupos de fumadores que defendieran sus derechos como consumidores. Uno de los documentos que revela que, en Enero de 1992, Burston Marsteller empresa de relaciones públicas que el año pasado facturó, según su propia página de Internet, 258 millones de dólares impartió una conferencia secreta a gente de Phillip Morris, en la que subrayaba la estrategia corporativa de encubrimiento de información en América Latina. Como objetivo, Marsteller planteaba en conferencia combatir la información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), porque ejerce considerable influencia en las políticas de salud de la región, promueve legislación antitabaco, y financia campañas anticigarrillo. En la conferencia Marsteller precisó la estrategia de convencer al consumidor que la evidencia científica no demuestra que el humo de segunda mano cause

cáncer. Equipos de comunicación globales e intercompañías están siendo formados para eliminar campañas en los medios sobre humo secundario. Se está apoyando la legislación para acomodo (en áreas públicas) de fumadores y no fumadores. Personal adicional está siendo contratado para llevar a cabo esta encomienda (Reforma, 2000).

De acuerdo con lo dicho, el hábito de fumar cigarrillos va a originar una terrible adicción lo que va a provocar diferentes tipos de enfermedades crónicas y mortales, cuyo final es más o menos proporcional a la cantidad total consumida desde que una persona ha empezado a fumar. A pesar de ello, si se previene a tiempo este hábito y se deja de fumar, se disminuye el riesgo casi totalmente.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS

En nuestro país existen de 90 a 100 marcas de cajetillas de cigarrillos, esta es una empresa altamente rentable que emplea a más de 4 000 sujetos y produce ingresos millonarios para los medios masivos de comunicación, existiendo un oligopolio de tres empresas tabacaleras que manejan el ingreso total: "La Moderna" el 53%, "Tabacalera Mexicana" el 46% y "La Libertad" el 1% (Rivas, 1999). Los cigarrillos se venden en paquetes de 20 y 14 unidades, y también sueltos. Las tiendas de compra rápida venden del 80,4% de los cigarrillos en México, mientras que el 11,3% se vende en las tabaquerías y el 8,3% en otros sitios (OMS, 1995).

El 25% de la población en México, entre 18 y 65 años son fumadores, esto equivale a 11 millones de personas, además de crear una economía criminal que tiende a infiltrarse a la economía legal, creando un nivel de empleo entre contadores, administradores de empresas, campesinos, transportistas etc.

En el nivel político da poder, se presenta como benefactor social, atrae recursos, crea viviendas y tiende a apoderarse de la nación (Rivas, 1999).

En México, las promociones de Marlboro han sido extensas, incluyendo derechos exclusivos para patrocinar programas por televisión de los campeonatos nacionales de fútbol. México no importa cigarrillos porque los aranceles tan elevados impiden la competencia de las marcas extranjeras. Sin embargo, el país ha considerado exportar cigarrillos producidos en el país a China, Afganistán, Irán y naciones africanas. Se espera que si los fabricantes no aumentan las exportaciones de cigarrillos, intentarán aumentar el consumo interno. Recientemente, los puros manufacturados por Tabamex se exportaban a los Estados Unidos en cantidades considerables (OMS, 1995).

En 1971, la Organización Panamericana de la Salud, OPS patrocinó una encuesta sobre el tabaquismo en ocho ciudades de América Latina, que incluyó la Ciudad de México. Desde entonces se han realizado más encuestas sobre tabaquismo en diversas partes del país y entre diferentes grupos de población. Las encuestas con representación nacional se hicieron en 1986 y 1988. En 1986, la Secretaría de Salud dirigió la Encuesta Nacional de Salud (ENSA). En 1988, la misma institución llevó a cabo la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). En 1988, la American Cancer Society encargó a la Organización Gallup que realizara una encuesta sobre el tabaquismo entre residentes de la Ciudad de México de 18 años de edad y mayores (Oficina Sanitaria Panamericana, 1992).

MOTIVOS DE INICIO.

El consumo del tabaco en un porcentaje elevadísimo de fumadores se inicia alrededor de los 12 o 13 años, al comienzo de la adolescencia, éste es un dato que se mantiene estadísticamente casi desde siempre.

Es curioso que el estudio de la población se comprueba para fechas recientes, que son las adolescentes las que más se incorporan al mundo del tabaco frente a los adolescentes varones.

Muchos varones se identificarían con los procesos por los cuales ellos en la actualidad fuman o fumaron. ¿Por qué es esto?...El inicio del consumo del tabaco a tempranas edades se debe fundamentalmente a contextos y causas sociales, se relaciona también con la psicología adolescente, y no se observa en absoluto que el tabaco sea nada atractivo en su inicio por tendencia orgánica, todo lo contrario.

Es curioso cómo al final el factor más alejado, la apetencia física de fumar, se transforma finalmente en los fumadores empedernidos es una de las causas principales del consumo del tabaco, quedando en segundo orden los factores sociales y psicológicos. Éste es el camino que se sigue también por cualquier otra sustancia que produzca dependencia.

No es malo que los fumadores recuerden cómo empezaron a fumar, principalmente para reconocer en la actualidad los factores sociales que pudieran seguir reforzando su conducta.

La adolescencia está calificada como una etapa de rebeldía social y es también cuando la persona comienza a asociarse al mundo social, comienza a participar del mundo de los adultos de una manera más autónoma. Justo en este punto es donde el tabaco hace acto de presencia.

Se ha demostrado en multitud de estudios que los adolescentes fuman no solamente por referencia a modelos sociales (padres, madres, hermanos fumadores) como por referencia a los iguales. Los adolescentes fuman porque también lo hacen sus amigos. Es la presión del grupo lo que frecuentemente lleva al adolescente a fumar.

Otro modelo de referencia por lo que el fumador se inicia en el hábito de fumar se debe a la presión de la propaganda. Es verdad que esto legalmente intenta ser controlado, pero las empresas tabaqueras son capaces de inventar mil recursos para llegar a la adolescencia y a los jóvenes en general, que es la población más propensa a iniciarse en este hábito.

Las empresas tabaqueras saben que los adolescentes y los jóvenes se mueven por imitación de modelos. Por eso emplean en su propaganda camuflada: jóvenes deportistas, la belleza, la energía de la juventud, la moda, el gusto por las actividades de grupo, paisajes, audacia, habilidad, seguridad, frescura, etc., para así atraerlos hacia el consumo del tabaco.

Se empieza a fumar al observar que los adultos fuman. Los niños pueden advertir que los adolescentes y los mayores fuman. No hay nada más natural para el ser humano que aprender a imitando.

Indica González (1998), que todo aquello que los mayores hacen es objeto de mucho interés para los niños. Quizá por eso el juego exista como una forma esencial para aprender el mundo de los adultos. Todo esto puede abrir, no ya en la adolescencia sino en la niñez, una curiosidad hacia la experiencia de fumar, que es precisamente en la

adolescencia donde realmente se comienza a consumir como acto . A esto se le denomina aprendizaje vicario.

Es en los colegios más que en el contexto familiar donde el acto de fumar se lleva a cabo con mayor evidencia. El encuentro con adolescentes que fuman mueve a otros adolescentes a hacerlo. Es una acto de autoafirmación.

Uno de los factores más importantes que influye en la decisión de las personas para iniciarse, es la publicidad. La publicidad moderna utiliza a la psicología como arma eficaz para la manipulación de los posibles consumidores. Para tal fin, emplea la investigación de mercado, que se encarga de averiguar las motivaciones que tienen los consumidores para elegir determinado artículo. Esto lo logra desarrollando técnicas encaminadas a influir en el inconsciente de las personas, supliendo probablemente carencias o sirviendo como sustituto de desatisfactores personales al realizar la compra (Sansores y Espinosa, 1999).

El consumo del tabaco es reforzado por la propaganda; se les dice a estos jóvenes que fumen, que eso está de moda, es bueno, está lleno de personalidad, energía, de sociabilidad. Es el engaño de la propaganda. Y así comienza la historia del fumador en el contexto social.

MODELOS DE ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA DE FUMAR

Se han propuesto distintas teorías explicativas acerca de la conducta de fumar. Sin embargo, hay que diferenciar entre lo que es la adquisición de la conducta de fumar y la consolidación del consumo. Respecto a las teorías explicativas que tradicionalmente se han apuntado, las primeras han sido las farmacológicas, dando el papel que tienen la nicotina en producir dependencia. Estas teorías, aun incluyendo los factores de regulación del afecto, son reduccionistas y hoy en día no son las que están en boga. Otras han apuntado el papel que tiene fumar como estrategia de afrontamiento o como herramienta psicológica. Cuando la persona fuma se incrementa su concentración; mejora su ejecución psicomotora, alerta y activación; siente placer y una reducción de la tensión y de la ansiedad. Otras teorías se han centrado en el papel que tiene la nicotina y los factores de condicionamiento asociados con fumar, en regulación a la activación, disminuyéndola o aumentándola, para mantener un nivel homeostático en el fumador. Desde el psicoanálisis se ha apreciado claramente la imposibilidad de verle utilidad al mismo para explicar esta compleja conducta.

Las teorías simplistas para explicar la conducta de fumar resultan hoy totalmente insatisfactorias. Dado que en la conducta de fumar están implícitos multitud de factores: sociales, económicos, familiares, psicológicos, farmacológicos, políticos, publicitarios, etc; hay que tener todos ellos presentes (Becoña, 1994).

Poco a poco se ha ido implementando en la literatura sobre el tabaco la teoría de los estadios de cambio para explicar las distintas fases de la conducta de fumar. Inicialmente se consideraba que existían dos fases en el proceso de ser fumador de cigarrillos: el comienzo y el abandono. Con posterioridad se apreció que el cuadro era más complejo y se diferenció un desarrollo de la conducta seguido de la habituación, el posterior abandono, y en muchos casos, la recaída. Hoy se asume que el proceso es aún más complejo, especialmente después de los estudios de Prochaska y colaboradores respecto al abandono de los cigarrillos, dichos autores han validado los estadios de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento, siendo éstos los pasos por los que pasa un fumador antes de dejar de fumar (Becoña, 1994).

En la actualidad se considera que la conducta de fumar es un continuo que transcurre a través de varios estadios de cambio.

Becoña (1994), dice que el proceso de hacerse fumador puede especificarse en cuatro fases: la adquisición, esto es, la prueba inicial y experimentación con el tabaco; la consolidación del consumo o fase de fumador regular; el abandono del tabaco pasando a ser ex fumador y la posterior recaída y/o mantenimiento. Hoy en día se está de acuerdo en que los principales factores que nos permiten analizar los determinantes de fumar son tres:

1. Los procesos farmacológicos y de condicionamiento. Estos son los factores básicos que interactúan para mantener la conducta de fumar, habiendo clara evidencia de que ambos factores interactúan entre sí para producir la adicción.
2. Procesos cognitivos y de toma de decisiones. Las etapas por las que se desarrolla la conducta de fumar se reflejan en la valoración que una persona tiene de sí misma, de las experiencias sociales y de la información que percibe, tal como la que se presenta en campañas para la gente deje de fumar.

3. Características personales (las demografías y las de personalidad) y del contexto social, incluyendo las influencias del ambiente social, cultural y económico.

En función de los estudios y evidencia existentes hasta la actualidad, se considera que existen ocho factores implicados en la adquisición de la conducta de fumar.

1. Factores de predisposición.

1.1. Normas y valores de los iguales y de la familia sobre el tabaco.

1.2. Personales.

- Inclínación hacia conductas problema.

- Anticipación de la adultez.

- Extraversión.

- Creencias tabaco-salud.

1.3. Sociales: aceptación social del consumo.

2. Características sociodemográficas.

2.1. Sexo.

2.2. Edad.

2.3. Clase social.

2.4. Ocupación.

2.5. Estudios.

3. Disponibilidad.

4. Coste económico.

5. Publicidad y presión social al consumo.

6. Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos.

7. Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control del peso corporal.

8. Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos.

8.1. Efectos psicofarmacológicos de la nicotina.

8.2. Factores de reforzamiento.

Roales-Nieto (1994), nos indican que la **teoría del proceso oponente de motivación adquirida** fue propuesta por Solomon y Corbit como un modelo explicativo de los comportamientos adictivos derivado de la experimentación animal. El modelo parte de la base de que cualquier desequilibrio afectivo significativo (sea positivo o negativo) provoca la puesta en marcha de mecanismos centrales que operarían intentando establecer el equilibrio perdido. Mausner y Platt elaboraron en 1971 un modelo explicativo del tabaquismo según el cual el comportamiento se configura mediante un estímulo o input (el ambiente), un mediador o sistemas mediadores y un resultado o output (la conducta). Un científico llamado Towkins propuso un modelo explicativo de la adquisición del tabaquismo como aplicación de su teoría general de la afectividad. Su modelo parte del hallazgo de que las razones típicas para probar con los cigarrillos suelen ser la curiosidad, la conformidad con los patrones del grupo de compañeros o amigos, la rebelión, el inconformismo y la identificación con los adultos.

Modelo conductual de adquisición de tabaquismo, a veces se le denomina modelo de aprendizaje social. Desde este punto de vista, el reforzamiento social (típicamente representado en forma de presión social de los compañeros) es el principal responsable de la adquisición del hábito de fumar Roales-Nieto (1994) .

Los efectos de la nicotina y el hábito forman una interacción en donde están los factores de condicionamiento, que pueden agruparse en cuatro. El primero es el producido por los efectos interoceptivos, discriminativos y subjetivos de la nicotina. El

segundo factor de condicionamiento es el papel de la nicotina como reforzador positivo, la droga produce satisfacción y se incrementa. El tercero es el papel de la nicotina como estímulo aversivo, la nicotina en altas dosis es aversiva tanto a nivel subjetivo (malestar) como físico (por ejemplo, dolor de cabeza, vómitos, etc.). El cuarto es que la nicotina puede funcionar como un estímulo incondicionado, esto es, como un estímulo que produce una respuesta incondicionada. El poder adictivo de la nicotina, los factores de condicionamiento relacionados con la misma y la interacción entre ambos, hacen que esa conducta sea compleja Roales-Nieto (1994).

Una vez que se ha producido la fase de adquisición del consumo de cigarrillos en poco tiempo, en la mayoría de los casos, se pasa a su uso regular. Esto es, fumar esporádicamente algún cigarrillo o unos pocos diarios llegarán a fumar medio, un paquete o incluso más diariamente Roales-Nieto (1994).

Los factores que permiten el paso de la adquisición al uso regular son algunos casos los mismos que hemos visto con anterioridad junto con otros nuevos:

1. Efectos psicofarmacológicos de la nicotina.
 - 1.1. Poder reforzante de la nicotina (reforzamiento positivo y negativo).
 - 1.2. Evitación de los efectos negativos de la abstinencia.
2. Asociaciones condicionadas con fumar.
 - 2.1. Situaciones.
 - 2.2. Características positivas ante fumadores y ante fumar.
3. negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco en la salud.
4. El tabaco como herramienta psicológica.
 - 4.1. Reducción del estrés.
 - 4.2. Estrategia de afrontamiento.
 - 4.3. Control del peso corporal.
5. Aceptación, facilitación y potenciación del consumo en su medio.
 - 5.1. Familia, iguales.
 - 5.2. Medios de comunicación.
 - 5.3. Publicidad.
 - 5.4. Figuras de Identificación (Becoña, 1994).

Roales-Nieto (1994), mencionan tres modelos que se han propuesto para intentar explicar el papel de la nicotina en el mantenimiento del tabaquismo: el modelo del efecto fijo, el modelo de regulación de la nicotina y el modelo de regulación múltiple. El modelo de efecto fijo de la nicotina propone que el comportamiento de fumar se mantiene porque la nicotina estimula centros neurales específicos inductores de reforzamiento. El modelo de regulación nicotínica establece que fumar sirve para regular el nivel de nicotina en el organismo, de manera que los descensos del nivel de nicotina en sangre, por debajo del cual se hace necesario ingerir la cantidad suficiente de sustancia que recupere el equilibrio. Leventhal y Cleary propusieron en 1980 un modelo integrador que presuntamente superaba las limitaciones de los modelos farmacológicos del tabaquismo revisados anteriormente. Según estos autores, los modelos anteriores no permiten obtener una explicación plausible para una serie de hechos, entre los que destacan: 1) las altas tasas de recaída que se observan entre los 3 meses y al año del abandono del tabaco, cuando los niveles de nicotina en la sangre llevan largo tiempo a cero y los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecieron a los pocos días del abandono; 2) los fumadores no regulan su ingesta de nicotina lo bastante como para

compensar las reducciones experimentalmente inducidas, como fue el caso en el estudio de Schachter en 1977, quien encontró que una reducción en el nivel de nicotina del 77% sólo produjo entre un 17 y un 25% de incremento en el consumo de cigarrillos; 3) la ingesta oral de nicotina sólo reduce parcialmente el consumo de cigarrillos; 4) el hecho de que fumar responda a los cambios emocionales y a señales ambientales; 5) la mayor dificultad para dejar de fumar bajo condiciones de estrés y 6) las diferencias en el patrón de adquisición del tabaquismo, que necesita entre 6 meses y dos años para la mayoría de quienes se inician como fumadores con un importante porcentaje de casos en los que el proceso se prolonga todavía más.

Se han planteado diversas teorías explicativas acerca de la conducta de fumar, muchas de ellas basadas en el papel de la nicotina en la producción de dependencia. En el momento actual para explicar la adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar es necesario tener en cuenta un gran número de variables que han mostrado tener una clara relación con el inicio y el mantenimiento, tales como factores de predisposición, características sociodemográficas, disponibilidad, coste económico, publicidad y presión social al consumo, factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos, carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control de peso corporal y finalmente, pero no menos importante, los efectos fisiológicos y psicológicos producidos por los primeros cigarrillos. Estos y otros factores son analizados en relación con la adquisición y mantenimiento del consumo de cigarrillos.

Más que considerar la validez de uno u otro modelo o enfrentarlos entre sí, parece más provechoso centrarse en las pautas o circunstancias conductuales, biológicas y sociales que acontecen sobre el comienzo del hábito. La adquisición del consumo de tabaco fumado resultaría inexplicable, como lo resultaría también la variabilidad encontrada en el abandono del tabaco y en el fenómeno de recaída. En cuanto al mantenimiento de la conducta de fumar, esto es, las variables responsables de que un fumador continúe consumiendo tabaco incluso a pesar de sus deseos manifiestos de dejarlo o de la información sobre los riesgos para su salud, no parece necesario elaborar ninguna compleja explicación.

CAPITULO III

ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

METODOS EXISTENTES.

Dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer pulmonar y de otros muchos cánceres, lo mismo que de cardiopatías, accidentes vasculares cerebrales, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades respiratorias (Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER, Marzo 1998). Los ex fumadores tienen mejor estado de salud que los que siguen fumando. Del mismo modo tienen menos días de enfermedad, menos problemas de salud, mejor estado de salud informado por ellos mismos y tasas reducidas de bronquitis y neumonía (US Department of Health and Human Services, 1990).

Debido a que la mayor parte de las recaídas tienen lugar en las primeras semanas y meses y que el regreso de fumar después de un año es menos común, el éxito de los programas de cesación de fumar es comúnmente definido como una abstinencia completa de cualquier forma de tabaco por un año después del tratamiento y se mide usando variaciones bioquímicas que apoyen a la aseveración propia. Factores comunes de programas de cesación de fumar exitosos incluyen apoyo social, entrenamiento de actitudes y solución de problemas, educación de estilos de vida saludables y reemplazos de nicotina u otras terapias farmacológicas o terapias del temperamento (Brundtland, 1999). En este capítulo se expondrán los métodos que existen en todo el mundo agrpándolos por métodos psicológicos, médicos y farmacológicos, así como señalando al final de cada método cuales son los que se usan en los centros contra el tabaquismo en México; los resultados de éxito de cada método se describirán en el siguiente apartado. Muchos diferentes tipos de intervención han probado ser exitosos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar; las cuales se discutirán a continuación.

PRIMEROS PROGRAMAS A NIVEL MUNDIAL.

Las primeras clínicas públicas para suprimir el tabaquismo se establecieron en Estocolmo en 1955 (Ejrup, 1975). En esas primeras clínicas se combinaban las medicaciones con conferencias educacionales, distribución de folletos y consejo médico durante un curso de 10 días. Durante el decenio de 1960 se describieron en Estados Unidos, Canadá, Europa, Japón y Australia más de 100 programas diferentes de interrupción del tabaquismo (Schwartz, 1969). Durante el decenio de 1970 se informó la existencia de cerca de 300 programas para dejar de fumar (Schwartz, 1987 y 1978).

Durante los últimos cuatro decenios se han producido cambios en la insistencia para dejar de fumar (Schwartz, 1987). A finales del decenio de 1950, los métodos eran primordialmente educativos, o se basaban en medicaciones (Schwartz, 1969). Los programas líderes en los años 1960 y 1970 consistían en **planes de cinco días**, **discusiones de grupo** y procedimientos basados en el condicionamiento (Schwartz, 1977 y 1978). Otros programas muy populares en el decenio de 1970 fueron de **autoayuda de terapia de grupo**, **de consejo**, **de hipnosis** y **de criterios de autoasistencia** (Schwartz, 1990 y 1978). En el decenio de 1980 se insistió enérgicamente en **programas de autoayuda**, **programas múltiples**, **hipnosis**, **acupuntura**, **consejo** y **orientación del médico**, **masticación de chicle con nicotina**, **estrategias de**

capacitación y prevención de recaídas y programas para los medios masivos y la comunidad (Schwartz, 1987).

En cuanto a los criterios actuales, aunque algunos métodos han cambiado muy poco durante los últimos 25 años, otros se han vuelto más especializados. Se han desarrollado métodos específicamente para ciertos grupos de población (p. ej. mujeres embarazadas, personas de raza negra, población hispanica, jóvenes, grandes fumadores) (Cullen, 1988). Se han hecho participar en el tratamiento al ambiente total tanto del fumador como del no fumador, y las cosas se han cambiado hacia los criterios comunitarios.

PRIMEROS PROGRAMAS TERAPEUTICOS EN MÉXICO.

A partir de Septiembre de 1981, se inició en México un programa de investigación sobre el abandono del hábito de fumar mediante técnicas educativas y educativo-conductuales. Este es un programa conjunto del Instituto Mexicano de psiquiatría y del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, dos de sus objetivos enunciados fueron: establecer perfiles de los diferentes tipo de fumadores del país y evaluar la eficacia y el costo-beneficio de ambas intervenciones. El estudio fue dirigido a la población general. En 1984 se integraron al programa el Hospital General de México, a través de su unidad de Neumología, y el Instituto Nacional de perinatología. En el primer hospital se iniciaron programas educativos y cognoscitivo-conductuales para mujeres con embarazo normal y con embarazo de alto riesgo (Puente Silva, 1986).

PROGRAMAS TERAPEUTICOS.

Se han planificado programas terapéuticos para ayudar a los fumadores a abandonar el hábito. En ellos se ha ensayado una gran diversidad de aproximaciones o enfoques, tales como educación para la salud, psicoanálisis e hipnosis. Los programas conductuales pueden ser individuales o de grupo y acompañados o no de técnicas de reestructuración cognoscitiva y que pueden dirigirse a provocar aversión (Puente Silva, 1986).

PROGRAMAS DE EDUCACION A LA SALUD.

Los programas dirigidos a los de grupos mencionados se basan tanto en mecanismos psicológicos y psiquiátricos como medicobiológicos, ya que ambas áreas son de importancia para entender el complejo proceso del tabaquismo. Con respecto al área psicológica, en el programa se examinan la mecánica y la dinámica del hábito tabáquico, es decir, las razones que impelen a iniciar el consumo de tabaco, las causas que hacen persistir en el hábito y los factores que explican porque el sujeto no puede dejar de fumar a pesar de desearlo. Se revisan las diversas teorías del aprendizaje y el establecimiento de la dependencia psicológica, explicando los diferentes tipos de tabaquismo y como el estrés y la publicidad propician y promueven el consumo de tabaco. Los sujetos aprenden el uso de técnicas de relajación, así como las maneras de modificar los condicionantes o factores que precipitan el uso de los cigarrillos. Se les explica además las técnicas de reestructuración cognoscitiva, para que reconozcan como, a través del tiempo, han ido integrando el hábito de fumar en su propio esquema cognoscitivo. En el marco medicobiológico, se revisa la acción de compuestos como la nicotina, que favorecen el desarrollo de la dependencia física y, en consecuencia, el síndrome de abstinencia. Se explican los mecanismos de fisiopatogénesis y como el monóxido y bióxido de carbono así como el alquitrán propician el desarrollo de diversos padecimientos. Se discute también la fisiología normal tanto respiratoria como cardiovascular y se analizan las características de las enfermedades más frecuentemente asociadas al consumo del tabaco: bronquitis crónica, enfisema, infarto miocárdico y

cáncer pulmonar. Entran en las discusiones los mecanismos a través de los cuales el hábito de fumar puede afectar el curso del embarazo y provocar abortos, partos prematuros y nacimientos de productos inmaduros. Se hace hincapié en el “tabaquismo pasivo”, explicando el alto riesgo de salud que representa para las personas que no fuman el estar constantemente expuestas a la inhalación del humo del cigarro, por el hecho de convivir con fumadores inmoderados y crónicos o estar en los lugares que frecuentan (Puente Silva, 1986).

PROGRAMAS COGNOSCITIVO-CONDUCTUALES.

Desde 1984 se han realizado programas cognoscitivo-conductuales que, además de los elementos antes mencionados, incorporan técnicas de reestructuración cognoscitiva, con el propósito de desalojar la integración del hábito de fumar del esquema mental y de la rutina diaria del sujeto. Cuando se ha llegado a ese punto, es muy difícil abandonar el hábito, porque el consumo de cigarrillos es parte tanto de su forma habitual de ser como de su propia imagen. Para estos sujetos el dejar de fumar implica una sensación de pérdida y ello da lugar a la disonancia o el malestar que explica la alta frecuencia de reincidencia entre los fumadores crónicos. Las técnicas cognoscitivas incluyen una serie de ejercicios en los que el sujeto describe su problema (enfermedad/tabaquismo), la historia del mismo, el grado de complejidad que requiere su modificación, así como la evocación de consideraciones afirmativas para su solución. Otras técnicas que se utilizan son el diálogo mayeútico, la memorización guiada, y el ensayo y desarrollo de roles. Todos estos ejercicios se llevan a cabo mediante la dinámica de grupo correspondiente. Estos programas cognoscitivo-conductuales se han dirigido principalmente a pacientes con enfermedades crónicas respiratorias o cardiovasculares y que a pesar de ello muestran un importante consumo de cigarrillos, variable de alto valor predictivo en el pronóstico del enfermo (Puente Silva, 1986).

En este capítulo también hablará de otros métodos para dejar de fumar en distintas categorías: **autoasistencia, terapia de reemplazo de nicotina TRN, autotoyuda, hipnosis, acupuntura, consejo y orientación del médico, personalización, programas de alcance masivo y métodos por correo electrónico e-mail.**

Se desarrollaron métodos formales para dejar de fumar en Estados Unidos después de la aparición inicial de los programas clínicos en Europa. Se iniciaron programas clínicos de los que se dispone en muchas localidades, como las unidades locales de las asociaciones de cáncer, enfermedades pulmonares y enfermedades cardíacas, y la Seventh-day Adventist Church (Schwartz, 1978).

Instituciones voluntarias. Los métodos clínicos suelen recurrir a las clínicas American Cancer Society (ACS) llamadas **Helping Smokers Quit (ayudando a los fumadores a dejar de fumar)** las cuales tienen un criterio educacional estandarizado por todo Estados Unidos mediante el empleo de guías seleccionadas, materiales impresos y películas estimulantes presentadas por voluntarios capacitados de manera extensa. Estas clínicas de la ACS se extendieron hasta alcanzar sus 58 divisiones y sus 3 100 unidades locales (Schwartz, 1978). La ACS revisó su programa clínico en el decenio de 1980. Su nuevo programa, **Fresh Start (empezar fresco)**, consiste en cuatro sesiones de una hora con grupos pequeños cuya finalidad es comprender por qué fuma la gente, hacer frente al estrés y ofrecer indicios para ayudar al individuo a abstenerse de fumar. La American Lung Association (ALA) ofreció también guías clínicas básicas a las unidades locales; en el decenio de 1980, produjeron los excelentes manuales para dejar de fumar, y para conservarse así, que ponía de relieve la autoasistencia. La ALA desarrolló un programa

clínico basado en la educación y en principios de modificación de conducta. La clínica recurre a Freedom from Smoking en un formato de siete sesiones. El método ofrece un criterio sistemático cuya finalidad es reducir el estrés producido por la renuncia del tabaquismo. La ALA ha incluido a varias poblaciones interesadas con objeto de patrocinar sus programas utilizando los métodos de autoasistencia y clínico. Los formatos y los materiales de la ACS y la ALA se han modificado y adaptado para los programas de interrupción del tabaquismo patrocinados en las comunidades, en el sitio de trabajo, la industria, los hospitales, las corporaciones militares, los departamentos de salud, los grupos médicos y las escuelas. La duración de los métodos varía entre tres y ocho semanas. Diversas instituciones efectúan clínicas activas de interrupción del tabaquismo basadas en sus propios tratamientos, como la American Health Foundation de la Ciudad de Nueva York, el Roswell Park Memorial Institute de Buffalo y el Kaiser Foundation Health Plan de California (Schwartz, 1987 y 1978).

Las terapéuticas de modificación de la conducta abarcan dos criterios divergentes para cambiar ésta: uno recurre a los castigos, entre ellos el tratamiento de aversión, y el otro emplea al refuerzo positivo, con inclusión de procedimientos de autocontrol (Fiore, 1992). Por autocontrol entendemos aquellos tipos de interacciones conductuales en los que una persona debe dejar de emitir una respuesta que usualmente va seguida por consecuencias que para el individuo son inmediata (o momentáneamente) positivas, (por ejemplo, las sensaciones placenteras asociadas al consumo del tabaco, los efectos de la nicotina, la eliminación de la tensión, etc.), pero a la vez provoca a más largo plazo consecuencias de tipo negativo para el individuo (como son las secuelas para su salud asociadas a fumar) (Roales-Nieto y Calero, 1994). Entre los tratamientos de autocontrol están el control de estímulos, los convenios de contingencias, la terapéutica de estimulación ambiental restringida, la relajación y la desensibilización. Estos procesos sólo han tenido resultados limitados en el campo de la interrupción del tabaquismo, por lo que no se hablará aquí de ellos (Fiore, 1992).

Técnicas Psicológicas

Autoasistencia

Se han producido diversos medios auxiliares para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Los primeros materiales que se emplearon fueron lobelina (sustitutivo de la nicotina, tiene efectos irritativos en la boca y estómago, el sulfato de lobelina satisface el anhelo por la nicotina), filtros, libros para dejar de fumar y equipos para dejar de fumar. Más tarde aparecieron audiocintas, cursos por correspondencia y cigarrillos sin humo. Más recientemente se han puesto a disposición del público videocintas y programas de computadora (Schwartz, 1977, 1978 y 1987). Organizaciones voluntarias, instituciones gubernamentales, compañías de seguros y proyectos subvencionados contra el tabaquismo han publicado varias docenas de libros, guías y folletos para dejar de fumar (Schwartz, 1987). La American Cancer Society (ACS) ha desarrollado folletos motivacionales. El llamado **I Quit Kit (equipo para dejar de fumar)** consiste en instrucciones para abandonar el hábito y detalles sobre la manera de mantenerse sin fumar. Se encuentran también consejos para dejar de fumar en el folleto de la ACS **Smart Move (cambio inteligente)**. Un folleto que debe emplearse en conjunto con la obra **Great American Smokeout** abarca consejos, ejercicios y dicta (**How to Stay Quit Over the Holidays, cómo conservarse abstemio los días de descanso**). El National Cancer Institute (NCI) diseñó el **Helping Smokers Quit (equipo para ayudar a los**

fumadores a dejar de fumar) que contiene material para el fumador y para el médico. El NCI actualizó este equipo con el programa **Quit for Good (dejar de fumar por el bien)**. Se desarrollaron equipos para farmacéuticos, odontólogos, terapeutas respiratorios y otros profesionales de la salud (Schwartz, 1990). La American Lung Association (ALA) publicó dos manuales para personas que deseen dejar de fumar por sí mismas: una guía para dejar de fumar de pocas páginas, **Freedom from Smoking in 20 Days (dejar de fumar en 20 días)**, y un folleto de conservación de 28 páginas, **A Lifetime of Freedom from Smoking (toda la vida libre de cigarrillos)**. La guía para dejar de fumar incluye parte de la prueba de autoevaluación, identifica los aspectos desencadenantes del tabaquismo y ofrece información sobre el control de peso, la manipulación de las situaciones bajo las que se está fumando, la respiración profunda y los ejercicios de relajación. El librito de mantenimiento apoya al ex fumador después de haber decidido dejar de fumar. Estos manuales están muy bien diseñados, y se han vuelto muy populares. Se dispone de versiones abreviadas bajo los títulos **Freedom from Smoking for You and Your Family (Deja de fumar por ti y por tu familia)** y **Freedom from Smoking for You and Your Baby (Deja de fumar por ti y tu bebé)**. La American Lung Association (ALA), ha producido también una videocinta para verla en el hogar intitulada **In Control (en control)** Glasgow y colaboradores compararon la obra de la American Cancer Society (ACS) **A Quit Kit** con dos obras de autoayuda de la conducta (Glasgow, 1981). El manual de la ACS resultó mejor bajo condiciones de autoasistencia. Glasgow y colaboradores (1986), postularon que los fumadores que se someten a programas de conducta relativamente complejos para dejar de fumar tienen grandes dificultades para seguirlos. Cuando un terapeuta aplicó el tratamiento empleando los mismos materiales, las obras sobre la conducta se volvieron mucho mejores que el Manual de la ACS (Glasgow, 1981). Una ayuda muy oportuna para dejar de fumar, aún en venta en la actualidad, es un filtro que reduce las concentraciones de alquitrán y nicotina que permite al fumador irse apartando de la adicción química (Schwartz, 1987). El producto es **Teledyne Water Pik "One Step at a Time"** está constituido por cuatro filtros que reducen de manera progresiva el contenido de nicotina, cada filtro dura dos semanas. Como sucede en cualquier método de interrupción que no se centra sobre la adicción psicológica al tabaquismo, las valoraciones de los filtros de manera aislada han puesto manifiesto muy pocos buenos resultados a largo plazo. Vipont Pharmaceuticals ha lanzado al mercado un nuevo sistema de filtro. El producto "**Kick The Habit**" ("**propínele una patada al hábito**") consiste en tres filtros de disipación de la nicotina que se van a emplear durante 21 días. El paquete hace frente también a la adicción psicológica al incluir un paquete de cartas cuya finalidad es superar esta dependencia y ofrecer indicaciones para resolver problemas que deben emplearse después de renunciar al tabaquismo. Lando y McGovern añadieron filtros "**Kick the Habit**" a las clínicas, que impartían en 16 sesiones durante nueve semanas (Lando, 1990). Al año, 30% de los sujetos que emplearon los filtros eran abstinentes, en comparación con un 23% de los sujetos que habían asignado al cambio de marca. **E-Z Quit, un cigarrillo sin humo**, tiene como finalidad simular el sabor del humo del tabaco. Está constituido por un cigarrillo de plástico que tiene tres cápsulas con sabor de mentol. **Boquillas de Sabores**, estas son boquillas como si fueran cigarrillos, cumplen con el reemplazo de tener un cigarrillo en la mano y demás aspectos de dependencia psicológica que se inhalan igual que un cigarrillo cumpliendo la función de este, sustituyendo la nicotina y demás sustancias nocivas por un sabor agradable como es la menta, canela, limón, etc. La Food and Drug

Administration (FDA) (1985), ha reglamentado los productos como los filtros y los cigarrillos sin humo como dispositivos médicos que no ofrecen datos demostrativos de su eficacia. Otros auxiliares de **autoayuda** para dejar de fumar son renunciar al tabaquismo a través de **cartas escritas por los fumadores por correo, mensajes telefónicos grabados, líneas telefónicas permanentes, contenedores y expandidores de cigarrillos, videocintas y diversos tipos de métodos basados en computadora** (Schwartz, 1987). Una encuesta nacional efectuada con fumadores adultos de los Estados Unidos descubrió que cerca de 90% de los individuos que logran dejar de fumar con buenos resultados recurre a métodos de autoasistencia más que a un programa organizado. De los 17 millones de individuos que informaron que intentaron dejar de fumar en 1986, dos millones recurrieron a programas organizados (Fiore, 1990). Los grandes fumadores, mas adictos, son más propensos a participar en un programa organizado para dejar de fumar que las personas que fuman menos. Fiore y colaboradores (1990), concluyen que los programas organizados desempeñan una función de salud pública importante para atender a los fumadores más adictos, que son los que se encuentran en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en relación con el tabaco. Las pruebas obtenidas en 10 estudios prospectivos en personas que intentaron dejar de fumar por sí mismas indica que las tasas de buenos resultados de quienes renuncian por su propia voluntad a fumar, con respecto a un solo intento de lograrlo, no son mejores que las informadas con los programas de tratamiento (Cohen, 1989). Un panel de expertos del National Cancer Institute (NCI) concluyó que las estrategias de autoasistencia pueden ser los medios preferidos por los fumadores para dejar de fumar, y pueden producir tasas de óptimos resultados que se aproximan a las de los programas formales a menor costo y con mayor acceso a las poblaciones importantes (Glynn, 1990). El comité de expertos recomendó que los programas de intervención mínimos de autoasistencia incluyan información sobre las consecuencias para la salud y sociales del tabaquismo, y estrategias y ejercicios específicos para renunciar al hábito con buenos resultados, mantenerse sin fumar, prevenir las recaídas y repetir el ciclo. Se han desarrollado diversos materiales de autoasistencia para garantizar el costo en cuanto al empleo mínimo de profesionales sin programas. Pero para obtener buenos resultados, los paquetes de autoasistencia deben prestar atención a las dependencias tanto física como psicológica del tabaquismo. Además se incrementarán las tasas de resultados favorables a largo plazo si se incluye el apoyo en el método. Las estrategias para dejar de fumar por medio de autoasistencia abarcan diversas técnicas, algunas de ellas empleadas con métodos aversivos (Hall, 1980). Estas técnicas se encuentran por lo general a cargo de dirigentes o terapeutas.

Autovigilancia.

La mayor parte de los programas de interrupción del tabaquismo requiere que los participantes conserven registros del número de cigarrillos que fuman para valorar su tabaquismo basal, sus progresos con el tratamiento y sus resultados. Los requerimientos de los programas de autovigilancia han variado, desde contar los cigarrillos formados durante un día nada más hasta un registro complicado de hora, sitio, actividad, humor y nivel deseado cuando se fumaba un cigarrillo durante una o dos semanas. Un investigador llamado McFall demostró en 1970 que, cuando un individuo empieza a vigilar estrechamente su conducta fumadora, es probable que ésta cambie, aunque el cambio quizá no sea intencional o deseado. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Disipación de la nicotina.

La reducción lenta de la ingestión de nicotina mediante cambio de las marcas con contenido bajo de ésta (**disipación con marcas**) o disminución del número de cigarrillos fumados (**disminución progresiva**) son maneras de interrumpir gradualmente la recepción de la nicotina por el cuerpo. Sin embargo, no han sido muy positivos los resultados de la disminución lenta (Schwartz, 1987). Al reducir el número de cigarrillos, cada uno de los restantes se puede volver cada vez más reforzante. Sin embargo, con el método de disipación de la nicotina los individuos pueden seguir fumando el mismo número de cigarrillos a la vez que disminuyen la cantidad de esta sustancia. Algunos investigadores han demostrado buenos resultados con la disipación de la nicotina (Schwartz, 1987). La disipación de la nicotina mediante cambios de marcas fue iniciada por Foxx y Brow (1979) quienes aconsejaron reducciones en el contenido de la nicotina de 30, 60 y 90% durante un periodo de tres semanas. Algunos investigadores han aplicado un programas diferente, y la mayoría incluyen procedimientos en el tratamiento. La ejecución de muchas pruebas en el decenio de 1980 atestiguan el interés por la disipación de la nicotina. Brown y Lichtenstein combinaron la disipación de la nicotina con la capacitación para prevenir las recaídas (Brow y Lichtenstein, 1980), en tanto que Lando y McGovern (1985) la emplearon para mantenerse con el hábito tabáquico. En ambos resultados se demostraron buenos resultados, pero los investigadores del grupo de Lichtenstein no fueron capaces de duplicar las observaciones cuando se combinó la disipación de la nicotina con técnicas de relajación (Beaver, 1981). Otros estudios de la disipación de la nicotina han producido resultados variables (Schwartz, 1987). Para los fumadores que deciden reducir su dependencia fisiológica de la nicotina de manera gradual, la disipación de ésta les ofrece esta oportunidad, pero parece que requieren capacitación en estrategias de solución de problemas y prevención de las recaídas para lograr la abstinencia y conservarla. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Programas de la conducta de componentes múltiples.

Muchos investigadores combinan diversos procesos en sus métodos. A menudo no hay motivo teórico para esta combinación. En ocasiones, las combinaciones tienen como finalidad incrementar la motivación, romper el hábito o ayudar a el paciente a abstenerse de fumar. Algunos investigadores han tomado un criterio de "cafetería", es decir, ofrecer multitud de procedimientos dejando que sus pacientes seleccionen las técnicas que consideren más adecuadas. Casi todos los tratamientos múltiples abarcan alguna forma de procedimiento de autocontrol (p.ej; disipación de la nicotina, capacitación en la abstinencia, relajación). Muchos programas de componentes múltiples abarcan también aversión al humo como manera de romper el hábito y autocontrol para conservarse sin fumar (Best, 1978). Hall (1980), Killen (1984) y Lando (1977) han encabezado programas múltiples que han logrado resultados excelentes. La mayor parte de los programas de componentes múltiples incluye capacitación para prevenir recaídas que insisten en la función interactiva de las estrategias para resolver problemas y el compromiso para conservar un cambio en los trastornos adictivos (Hall, Rugg y Tunstall, 1984). Se ha añadido la prevención de las recaídas al tratamiento con chicle de nicotina (Fortmann, 1988) y (Gillams, 1984). En una revisión de los manuales de tratamiento de la conducta de fumar, Glasgow y Rosen (1978), observaron la superioridad potencial de los componentes múltiples. Lichtenstein y Brown (1983) y Glasgow (1986), advierten como precaución, que ser más enérgico no es siempre mejor. Demasiados procedimientos

pueden confundir a los fumadores que tratan de dejar de fumar, y volver difícil a los consejeros ofrecerles un tratamiento integrado. Sin embargo, Lichtentein y Brown (1983), comentan que los tratamientos de componentes múltiples siguen siendo atraentes porque estos programas afrontan los factores múltiples que conservan el tabaquismo lo mismo que las diferencias considerables. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Técnica de Control Positivo. Incluye un paquete de procedimientos de intervención combinadas para lograr el automanejo del comportamiento del fumar. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Técnica de Autoregistro. Los sujetos realizan un automonitoreo diario del consumo de cigarrillos que se encienden. Es utilizado por todos los programas de cesación que se fundamentan en los principios de análisis conductual aplicados. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Técnica de control de estímulos. Tiene el objeto de eliminar conductas inadecuadas mediante la alteración de situaciones de estímulo antecedentes, en los cuales las respuestas de fumar ocurren. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Técnica de Reclusión Ambiental. Consiste en aislar al sujeto fumador por un periodo de tiempo que varía de 24 horas a 15 días, de todo tipo de estímulo. Para ello, se encierra a los fumadores en un cuarto oscuro, sin ruidos, sin ver a nadie, en una total deprivación sensorial.

Técnica de Arreglo de Contingencia. Tiene como objetivo realizar un contrato conductual entre el fumador y el terapeuta, como un compromiso público con los demás participantes del grupo. La más utilizada es la devolución de una parte del dinero correspondiente al costo total del curso. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Pitilleras que administran descargas eléctricas. Powell y Azrin en 1968 estudiaron la eliminación del tabaquismo mediante el empleo de pitilleras que administraban descargas eléctricas a los sujetos cuando eran abiertas para obtener un cigarrillo, permitiendo así la aplicación del procedimiento aversivo en el contexto natural cotidiano de cada fumador (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Fumar centrando la Atención (FCA). Fue diseñado por Hackett y Horan en 1978 en un intento de demostrar que cuando fumar es separado de las situaciones y actividades sociales que usualmente le acompañan, llega a ser una experiencia a lo sumo neutra para el fumador. En este tipo de procedimiento se pide a los fumadores que fumen durante 5 minutos en la forma normal en la que ellos acostumbran a hacerlo, pero centrando su atención exclusivamente en el cigarrillo y las sensaciones experimentadas al fumar. La sesión no pretende dramatizar el acto de fumar ni sus consecuencias, sino que los fumadores experimenten las sensaciones de fumar tal como realmente son, separadas de sus componentes sociales o personales (Roales-Nieto y Calero, 1994). Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Procedimientos de costo de respuesta. Consiste en sufrir la pérdida de algo valioso para el fumador (usualmente dinero) como consecuencia de fumar. Se le pide al participante que entregue una fuerte cantidad de dinero (el programa duraba entre 3 o 4 meses), se requería que los participantes se abstuvieran de consumir tabaco en cualquier forma, para aumentar las probabilidades de éxito del programa, el primer periodo de

abstinencia se recompensaba con la devolución de una parte del fondo entregado (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Incremento progresivo del intervalo entre cigarrillos. Azrin y Powell en 1968 diseñaron una pitillera que permitía programar el tiempo que permanecía cerrada impidiendo que el individuo tomara un cigarrillo de su interior. El fundamento teórico era que se extinguirían las respuestas de aproximación, como, por ejemplo, la de tomar la pitillera e intentar abrir la tapa, dado que los cigarrillos no se podían conseguir durante un tiempo (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Fumar señalizado (FS). Shapiro, Tursky y Shnidman en 1971 desarrollaron el procedimiento de fumar bajo el control de una señal, fue creado en un principio como un método para conseguir reducir el consumo de tabaco, si bien el objetivo de la abstinencia es asimismo posible. Los autores consideran la conducta de fumar como el resultado de un complejo proceso de aprendizaje que produce una fuerte asociación entre la respuesta de fumar y ciertos estímulos específicos que tienen lugar en la vida cotidiana del individuo. Dichos estímulos llegan a convertirse en poderosas señales que controlan la aparición de las urgencias o necesidades de fumar y, consecuentemente, la emisión de la respuesta de fumar en sí misma (Roales-Nieto y Calero, 1994). Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Apoyo social e implicación de la pareja como estrategia adjunta al tratamiento. Para quienes conviven de manera regular con otra persona, el apoyo y la implicación del otro miembro de la pareja resulta importante cuando se trata de eliminar el tabaquismo. Los resultados indicaron que, al finalizar el tratamiento, el 73% de los participantes cuya pareja había recibido entrenamiento consiguió dejar de fumar, sin embargo, un año después los datos de seguimiento indicaron que el porcentaje de participantes que permanecían sin fumar era el 36%. El hecho de que el programa perdiera eficacia con el paso del tiempo llevó a los investigadores a señalar la posibilidad de que el entrenamiento proporcionado a las parejas no fuera todo lo extenso y completo que debiera ser para que sus efectos durasen (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Método-Guía. Este método fue diseñado por Gonzalez (1998) y esta compuesto por un libro que es un método-guía y se describe de la siguiente forma: El primer paso consiste en tomar conciencia de su comportamiento, cambiar la actitud y el pensamiento que posee sobre esta conducta e intentar por todos los medios posibles abandonarlo; eso sí con un propósito firme de no recaer. Se le pide que sea capaz de montar estrategias contra el tabaco. El Método Guía que se sugiere como pauta general consta de cuatro partes muy bien definidas y como las denominamos:

1. Fase de concienciación, o planteamiento para dejar de fumar.
2. Fase gradual de retirada del tabaco.
3. Fase de retirada total del tabaco.
4. Fase de mantenimiento en la conducta de no fumar.

Las cuatro fases del planteamiento antibaco se basan en el nivel de refuerzo físico, el nivel psicológico y el nivel social.

Plan de cinco días. Desarrollado en EE.UU por la Iglesia Adventista del Séptimo Día en 1960, y que, en su versión básica, consta de cinco reuniones de hora y media a 2 horas de duración, que tiene lugar durante cinco noches consecutivas para grupos entre 15 y 100 personas, a las que se añaden diversos encuentros de seguimiento durante una serie de fines de semana (Roales-Nieto y Calero, 1994). La Seventh-Day Adventist Church lanzó el **Five-day Plan (plan de cinco días)** en 1960 (McFarland, 1964). El

formato consistía en cinco sesiones consecutivas de 90 a 120 minutos cada una. Los grupos variaron entre 15 y varios cientos de personas. Durante los años siguientes no se efectuaron sesiones terapéuticas de vigilancia, pero se han añadido sesiones de la abstinencia, restricciones de café y alcohol, ejercicios, dietas equilibradas, regaderas calientes y frías, respiración profunda, "sistema de amigos". En las sesiones se habla de los efectos fisiológicos del tabaquismo, y se presentaban ejemplares reales de pulmón. Sacerdotes, psicólogos o médicos presentaban conferencias y efectuaban el consejo. El plan inscribía más fumadores que cualquier otro programa, y lo copiaron con amplitud en forma modificada de los profesionales y otras personas del público en general (Schwartz, 1987). En 1985, la Seventh-day Adventist Church introdujo el **Breath-Free Plan** como una actualización del Five-day Plan. El Breath-Free consiste en ocho sesiones con insistencia en técnicas de modificación de la conducta. Las sesiones incluyen materiales impresos, discusiones de grupo, conferencias y videocintas. Se efectuó una encuesta con 268 directores de programas para valorar la aceptación del nuevo plan (McFadden, 1990). Aunque considerado en general como un sistema de utilidad, se criticó a Breath-Free porque carecía de un programa de vigilancia sistemática para prevenir las recaídas (Jhonson, 2000, <http://www.plancincodias.aol.com.mx>). Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Programas comerciales. Grupos registrados empezaron a ofrecer métodos para dejar de fumar a los fumadores a finales del decenio de 1960. Al final, la mayor parte de estas empresas eran locales, pero se desarrollaron diversas empresas nacionales. Algunas de esas compañías tuvieron éxito comercial, con **SmokEnders** y **Schick** como las firmas comerciales nacionales de mayor importancia (Schwartz, 1978 y 1987). SmokEnders inició sus tareas en Nueva Jersey en 1969. Esta empresa recurre a los medios comunitarios (iglesias, escuelas, hoteles) en vez de sus propios edificios. En cuanto a la aceptación y la mercadotecnia, SmokEnders ha sido el programa comercial para dejar de fumar que ha tenido buenos resultados. SmokEnders recurre a una técnica sistemática muy estructurada que pone de relieve el esfuerzo positivo y las actitudes cambiantes. El formato consiste en seis reuniones semanales, donde se deja de fumar después de la cuarta sesión (Schwartz, 1987). Todos los moderadores son graduados del programa.

Schick Centers for the Control of Smoking inició sus trabajos en Seattle en 1971. El método de Schick consiste en **condicionamiento aversivo** (choques de grado bajo y saciamiento con humo). Durante cinco días, a lo que siguen seis semanas de reuniones de grupo (Schwartz, 1987). En el decenio de 1980 se constituyeron otras dos organizaciones nacionales con programas de tratamiento semejantes. **Smokeless** y **Smoke Stoppers** obtuvieron autorización para sus programas principalmente en hospitales y negocios. Estas organizaciones efectúan programas de capacitación y ofrecen materiales a quienes tienen autorización para aplicarlos. Los sistemas de Smokeless y Smoke Stoppers son educativos, intensivos y muy estructurados. Se entregan folletos atrayentes que orientan al fumador durante todo el programa. Se recurre al tratamiento del estrés, recompensas positivas y refuerzos, organización de los alimentos y prácticas negativas de fumar. Son cuatro las clases efectuadas durante la primera semana que tienen como finalidad permitir a los fumadores abandonar su hábito, y van seguidas por dos a tres semanas de sesiones de apoyo (Schwartz, 1987).

Técnicas aversivas. Se han recurrido al tratamiento de aversión para tratar gran variedad de trastornos. Entre los primeros estudios se incluyeron **electrochoque, capacitación de desensibilización, contención del aliento, sobreexposición al humo**

rancio, desensibilización cubierta (Schwartz, 1969). El empleo del choque eléctrico como estímulo de castigo para eliminar la conducta fumadora. Consiste en aplicar un shock consecuentemente al acto de fumar, el shock cesa en el momento que el sujeto deja de fumar.

En el método de **saciedad** se requiere a los sujetos incrementen el número de cigarrillos que fuman lo mismo que la rapidez con que los consumen. La saciedad se ha combinado en general con otros procedimientos. Lando (1977) y Best y colaboradores (1978), han diseñado programas de interrupción del tabaquismo de muchos componentes, entre los que se incluye al saciamiento. Esta técnica es usada en las Clínicas de México.

El tabaquismo rápido requiere que el sujeto inhale el humo del cigarro una vez cada seis segundos durante lo que dura éste o hasta que experimenta náuseas. Preocupaba que el fumar con rapidez planteara un peligro para el sistema cardiopulmonar, pero no se ha observado consecuencias graves. De todas maneras, debe tenerse cuidado para vigilar a los sujetos de manera muy estrecha durante el tratamiento (Fiore, 1992).

Sensibilización encubierta. El sujeto, a través de la imaginación, visualiza un efecto aversivo por fumar, por ejemplo, se le induce a imaginar el aspecto de sus pulmones enfermos cada vez que sienta deseos por fumar. Por otro lado, también se le induce a que en los momentos que se encuentre sin fumar, visualice imágenes positivas de su salud. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Un método de psicoterapia que se distingue en muchos aspectos de todos los que hasta ahora se han estudiado es la **Terapia Racional Emotiva (TRE)**, desarrollada por Albert Ellis (Schwartz, 1992). La premisa fundamental de este método es que se puede ayudar a los pacientes a que lleven una vida más satisfactoria, enseñándoles a disciplinar su mente, es decir, enseñándoles a pensar racionalmente. Ellis (1983) señala, que en el ser humano se dan cuatro procesos mentales básicos: percepción, pensamiento, emoción y movimiento. Todos ellos están integralmente relacionados. Debido a estas interrelaciones del pensamiento y de la emoción, cada uno de ellos influye en el otro. Esta idea está mejor descrita en una fase de Ellis, en la que menciona que "la psicoterapia racional se basa en la premisa de que el pensamiento y emoción no son dos procesos totalmente diferentes, sino que se sobrepone muy notablemente en muchos aspectos, y que, por lo tanto, las emociones desordenadas pueden mejorarse con frecuencia, transformando el propio modo de pensar". La meta central de la terapia es ayudar al paciente a comprometer que sus conflictos son básicamente el resultado de evaluaciones irracionales y luego lograr que el paciente piense racionalmente. La conducta inadecuada del individuo es el reflejo de las ideas irracionales. El énfasis de la terapia racional-emotiva se centra en lograr que el paciente se enfrente a sus percepciones y concepciones erróneas, las cuales son la causa de sus malestares emocionales que comprende patrones de comportamiento disfuncionales, con el objetivo de lograr el cambio. La TRE es un método verdaderamente amplio, debido a que contiene muchas técnicas cognoscitivas, emotivas y conductuales. De tal manera que el psicoterapeuta le hace ver constantemente al paciente la manera de cómo emplea sus connotaciones en base a su adicción y le explica cómo éstas crean trastornos emocionales, y le enseña a que emprenda actividades que destruyan las ideas irracionales. De esta manera en un programa para dejar de fumar se utilizan las asignaciones de tareas prácticas como auxiliares para superar efectivamente las creencias y temores ilógicos del paciente en función del concepto salud-enfermedad.

Musicoterapia: Se trata de un cassette con música relajante, como es la clásica o sonidos de la naturaleza (olas, agua que corre por un riachuelo, bosque, etc.), en el que la persona debe estar recostada o en un lugar cómodo, evitando todo aquello que cause estrés (luz, temperatura baja o alta, ruido), si lo prefiere puede ser ayudado por su terapeuta. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Relajación muscular con fantasía inducida: en este método se necesita que la emplee el terapeuta, se requiere que se relaje al paciente sentándolo en un lugar cómodo y vaya contrayendo grupos de músculos vs relajación, y a l mismo tiempo utilizar la estrategia de fantasía inducida, puede ser utilizando su voz o la voz de una grabación describiendo situaciones placenteras como son el bosque, alguna playa, animales etc; haciendo que los pacientes imaginen tal y como si estuvieran viviéndolo, finalmente se pide que abran los ojos y se termina teniendo una sensación de tranquilidad (Manual del INER, Julio, 1999). Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Agentes farmacéuticos generales.

Se han empleado dos categorías generales de agentes farmacéuticos para ayudar a las personas a dejar de fumar: agentes desarrollados de manera específica para ayudar a los fumadores a romper con su hábito y fármacos prescritos para superar los síntomas de supresión. Se cuenta con sustancias para desanimar al fumador desde antes de 1900. Las primeras consistieron en **hierbas, especies y enjuagues bucales** que producían un sabor desagradable al fumador (Schwartz, 1969). Estos preparados creaban cierta repulsión al irritar las mucosas bucal y nasal. Otros productos tenían como finalidad disminuir los impulsos sensoriales o crear boca seca. En 1982 el comité de expertos de la Food and Drug Administration (FDA), concluyó que los productos farmacéuticos como **nebulizaciones bucales, chicles y comprimidos** que contenían acetato de plata no son eficaces como medios auxiliares para dejar de fumar. El empleo de lobelina fue un método muy en boga durante el decenio de 1960 para tratar el tabaquismo, combinado con programas educacionales o suministrado por medio de las clínicas de supresión (Schwartz, 1969). Se consideraba que la lobelina era un sustitutivo de la nicotina y se entregaba a los pacientes en forma de comprimidos, trosciscos y chicle lo mismo que la inyección; la lobelina tiene efectos irritativos en boca y estómago. Se dice que el sulfato de lobelina satisface el anhelo por la nicotina, por tanto, ayuda al fumador a dejar de fumar. Sin embargo, no se cuenta con pruebas científicas (Food And Drug Administration, 1982) y (Jarvik, 1977). La segunda categoría de **los agentes farmacéuticos** está constituida por los que tienen como finalidad un intento de reducir los síntomas fisiológicos y psicológicos de supresión relacionados con la interrupción del tabaquismo. Algunos tienen un efecto relajante, en tanto que otros se pretende ayudar al paciente a dormir, prevenir el aumento de peso o superar el nerviosismo o la fatiga. Los tipos de fármaco son sedantes, anticolinérgicos, tranquilizantes, agentes paticomiméticos, anticonvulsivos y sustitutos de la nicotina. Antes de que apareciera el chicle de nicotina, no se había podido demostrar ninguna ventaja de los agentes farmacológicos que se administraban con la finalidad de ayudar a dejar de fumar al individuo. Jarvik y Gritz revisaron el material publicado al respecto en 1977 y concluyeron que la farmacoterapia carecía de utilidad particular para superar el hábito de fumar. Sin embargo, se ha observado que la clonidina, fármaco que se administra para tratar la hipertensión, reduce el anhelo de fumar. Se especula que la clonidina puede aliviar los síntomas de la supresión de la nicotina (Glassman, 1988).

Terapia de Reemplazo de nicotina

El razonamiento para las **terapias de reemplazo de nicotina (TRN)** es de que muchas de las dificultades de dejar de fumar surgen de problemas causados por la abstinencia de la nicotina (que comprende un rango de síntomas mayormente afectivos, incluyendo la irritabilidad, inquietud, sentirse miserable, falta de concentración e incremento del apetito, así como antojo por cigarrillos) surgen en cuestión de horas después del último cigarrillo. Numerosos estudios clínicos y experimentales han demostrado que los TRN atenúan confiadamente la severidad de la abstinencia, haciendo más fácil para los que quieren ser no fumadores a enfrentarla, mientras se olvidan de los profundamente arraigados elementos del hábito de fumar. Los medicamentos disponibles para tratar la adicción a la nicotina se pueden dividir en dos grupos, los que contienen nicotina y los que no contienen. A los del primer grupo también se les puede identificar en México como los que se pueden obtener sin prescripción médica específica, y a los del segundo grupo, como aquellos que sí la requieren. Los productos de reemplazo de nicotina están disponibles en una variedad de formas, incluyendo chicles, parches transdermales, atomizadores nasales, pastillas e inhaladores. La variedad de TRN difiere en términos de la forma de administración y velocidad de absorción, así como en la extensión en que ofrecen respuestas situacionales de antojo y de ritual del comportamiento del fumador. Esto aunado a la ausencia de brea (sustancia resinosa, alquitrán) y componentes gaseoso del humo del cigarrillo, les dan un gran perfil de seguridad (Brundtland, 1999). Como la nicotina y la dependencia psicológica son los dos componentes clave de la adicción al tabaco, Ferno (1980), emitió la idea de ofrecer una fuente alternativa de nicotina. De esta manera, los individuos que desean dejar de fumar pueden centrarse en el combate de su dependencia psicológica a la vez que se someten a tratamiento de restitución de nicotina con la finalidad de contrarrestar los efectos fisiológicos agudos de la supresión de esta sustancia. La investigación bajo la dirección de Ferno hizo que se desarrollara el **chicle de polacrilex** de nicotina, que se vende en el mercado con el nombre de Nicorette. Este producto existe en el mercado mexicano desde 1986 como fármaco que requería prescripción médica para su venta. A partir de 1995 se convirtió en medicamento popular y se puede adquirir en cualquier centro comercial sin prescripción médica. El polacrilex de nicotina es un fármaco de descripción en forma de chicle que contiene 2 mg de nicotina, fija una resina de intercambio iónico para permitir la liberación lenta de la nicotina cuando se mastica. La masticación adecuada durante 20 a 30 minutos puede dar por resultado descarga del 90% de nicotina (Ferno y Lichtneckert, 1973). En México sólo existen tabletas de 2 mg en tanto que en otros países también se vende la presentación de 4 mg. Se aconseja a los pacientes que mastiquen el chicle durante tres meses por lo menos. Sin embargo, algunos siguen consumiendo este chicle cuando han pasado los seis meses de empleo recomendado. Lackside Pharmaceuticals, División de Merrell Dow, efectuó una campaña promocional masiva en 1984 después que la Food and Drug Administration aprobó el producto de Nicorette. Como resultado de esta campaña, Nicorette se convirtió en uno de los fármacos de prescripción de venta más rápida que jamás se había creado. La disponibilidad de polacrilex de nicotina puede haber animado a los médicos y a los odontólogos a volverse más activos en su consejo a los pacientes de que dejen de fumar porque cuentan en la actualidad con una intervención médica específica que ofrecer. Criterios nuevos para la restitución de la nicotina son nebulizaciones de ácido cítrico, solución nasal de nicotina, un vapor de nicotina, y parches transdérmicos de nicotina. Las tasas absolutas de éxito

son mayores con apoyos de terapia psicológica de la teoría conductual como es el cognitivo-conductual. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Parches de nicotina. En México, a mediados del año 1999 se introdujo una campaña en los medios masivos de comunicación (televisión, radio y prensa) para promover la venta de un parche de nicotina dando como resultado un incremento de los usuarios y presumiblemente el incremento de los fumadores que hacen intentos reales por dejar de fumar. Existen en México al menos dos tipos comerciales de parches. Uno de ellos, el Nicotinell (marca registrada en México por Novartis) está disponible al público sin prescripción médica. Se presenta en parches de 10 cm², 20 cm² ó 30 cm² que liberan 17.5, 35 y 52.5 mg de nicotina respectivamente. El otro es Niquitin AT (marca registrada por SmithKline Beechan en México) que está disponible al público como producto popular. Se presenta como parches de 21, 14 y 7 mg cada uno. La diferencia fundamental entre estos dos parches no solamente es su disponibilidad sino también que estos últimos ofrecen en forma adicional un programa de apoyo psicológico de tipo conductual y una línea telefónica de apoyo a los usuarios durante las 24 horas del día, los 365 días del año). Los parches liberan en promedio 0.9 mg de nicotina por hora y alcanzan las dosis sistémicas máximas en dos a tres días (TRCBTS, 1983 y Ross, 1991). Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Atomizador o spray nasal flexible, es de 1 mg dosis, dura de 7 a 9 minutos de alivio rápido cuando surge la intensa ansiedad por el deseo de fumar. Ha aparecido como posible sustituto del chicle de nicotina en aquellos casos en que el empleo del chicle esté desaconsejado (por ejemplo, fumadores con úlceras o con problemas dentales). Como su propio nombre lo indica, se trata de inhalar la nicotina utilizando para ello una forma de solución que se aspira por la nariz. Esta forma de administración de la nicotina tiene una ventaja adicional frente al chicle ya que permite una absorción de la nicotina más rápida y completa (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Inhalador oral, una bocanada libera 13 mg de nicotina produce un efecto sensorial (nicotina en la garganta), se aplica en personas mayores de 18 años, no se administra en mujeres embarazadas y lactancia, enfermedades cardiovasculares, úlceras duodenales y gástricas, enfermedades crónicas de la garganta, asma, diabetes mellitus, hipotiroidismo o feocromocitoma. Se deben usar de 6-12 cartuchos al día. El contenido de la nicotina puede durar más si el inhalador se usa con menos intensidad. El período recomendado de tratamiento es de 3 meses, después de este periodo inicial se debe empezar a dejar el tratamiento, disminuyendo la dosis diaria, no se recomienda el uso durante más de 6 meses. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Comprimido Sublingual, un comprimido contiene 2 mg de nicotina, dura aproximadamente 30 minutos (Harwad, 1999, http://www.QNUNET.naciones_unidas_uruguay.yahoo.com).

Cigarrillos con alto contenido de nicotina, al reconocer que los productos más dañinos del humo del tabaco son el alquitrán y el monóxido de carbono, y que la nicotina es la sustancia adictiva, se ha considerado que en cuanto más nicotina contenga un cigarrillo más rápidamente se cubrirá la dosis que evita los efectos de la supresión y, por lo consiguiente, se inhala menos alquitrán y otros compuestos nocivos. Desde luego, la elaboración de este tipo de cigarrillos es controversial (Rico, 1990).

Tratamientos farmacológicos no nicotínicos. El éxito de los TRN ha promovido un renovado interés en encontrar otras drogas que ayuden a dejar de fumar. Muchos hasta ahora han fallado en dar evidencia de su eficacia (incluyendo muchos ansiolíticos y

antidepresivos que se han probado), mientras que en otros como la clonidina han perdido su esperanza debido a perfiles de efectos secundarios inaceptables. Recientemente, la droga **Wellbutrin o bupropión**, un antidepresivo atípico con alguna actividad noradérgica y dopaminoérgica, ha sido la primera medicina no nicotínica permitida para dejar de fumar en Estados Unidos, Canadá y México. Es un antidepresivo inhibidor para depresión, ansiedad, agitación e insomnio. El componente principal es la anfetabutamona. El mecanismo de acción aparenta no estar relacionado con el efecto antidepresivo de la droga, sino más bien con sendas comunes a la adicción. Pruebas clínicas, entre fumadores no depresivos, han mostrado una clara evidencia de su eficacia; bupropión y el parche de nicotina tienen efectos multiplicadores en incrementar los resultados. El bupropión tiene un impacto positivo en el peso, y los fumadores que usaron bupropión ganaron menos peso que los que recibieron un placebo. Este efecto ha sido observado también en algunas pruebas de los TRN, pero el efecto supresor de ganancia de peso del tratamiento farmacológico puede no mantenerse una vez que haya finalizado la terapia para dejar de fumar. Se inicia el tratamiento con 1 tableta de 150 mg al día los primeros 3 días, después a partir del día 4 aumenta a 2 tabletas al día cada 8 horas, durante los primeros 9 días de tratamiento el paciente puede fumar, la fecha para dejar de fumar está entre el día 10 y 14, el tratamiento se continúa de 7 a 12 semanas. No se tiene que administrar en pacientes hipersensibles a la anfetabutamona, epilepsia, bulimia y anorexia nerviosa. En la mayoría de los países el bupropión no está disponible, pero es de considerar el interés debido a la luz que puede arrojar en los mecanismos cerebrales de la adicción a la nicotina y por su potencial de aumentar los efectos terapéuticos de los TRN. En México, está disponible sólo bajo vigilancia médica (Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER, Enero-Marzo 1998). Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Nortriptyline: Es un antidepresivo y ansiolítico. Investigadores de la Universidad de California, en San Francisco, estudiaron a 199 fumadores que habían expresado su deseo de dejar el hábito, mediante la utilización de nortriptyline y placebo diariamente durante 12 semanas. Alrededor del 33 % de los participantes poseía antecedentes de depresión en su historia clínica. Descubrieron que los participantes con nortriptyline fueron más propensos a la abstinencia luego de dejar de fumar y menos propensos al deterioro de su estado de ánimo, comparados con aquellos que fueron tratados con placebo. Los autores notaron que los efectos secundarios asociados con la droga fueron mínimos (<http://www.yahoo.psiquiatria.novedades.com>).

Quit. Es un enjuague a base de compuestos de plata que al ponerse en contacto con la mucosa bucal se descompone y provoca un sabor desagradable e impide la absorción de la nicotina. El método no ha probado su utilidad en ningún trabajo científico y no le advierte al usuario la posibilidad de padecer síntomas de abstinencia de nicotina.

Tratamiento por aversión al sabor. La situación de aversión gustativa consiste en el uso de una pastilla, Pronicotyl, diseñada para disolverse en la boca y esparcir un compuesto que produce un sabor desagradable si su toma es seguida por el consumo de un cigarrillo, es importante señalar que las revisiones realizadas sobre esta técnica citan la aparición de molestias bucales como efectos secundarios de su empleo (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Otros métodos

Hipnosis

La hipnosis no es un método que pueda alcanzar a grandes números de fumadores. De todas maneras, puede ayudar a algunos que dejen de fumar, en particular los que han intentado otros métodos y necesitan atención individual e intensiva para lograr buenos resultados. Orne (1977), insiste en que, aunque la hipnosis no es un medio potente para cambiar la conducta, es eficaz de manera única para ayudar a los individuos a lograr lo que quieren hacer en realidad. El paciente debe adoptar la responsabilidad de cambiar su propia conducta, y reconocer que el fracaso se podrá atribuir sólo a él mismo y no al terapeuta. Simon y Salzberg (1982), describieron cinco criterios para los procedimientos hipnóticos: 1) ofrecer sugerencias directas a los fumadores para que cambien; 2) recurrir a la hipnosis para alterar las percepciones del fumador con respecto a la conducta adictiva; 3) emplear la hipnoterapia como auxiliar de la psicoterapia verbal; 4) recurrir a la hipnoaversión, o sea la hipnosis, para ayudar al paciente a desarrollar aversión contra una conducta adictiva, y 5) emplear la autohipnosis como medio auxiliar para contemplar el tratamiento hipnótico. Debe observarse que la mayoría de los métodos de hipnosis incluyen auxiliares de la conducta, como imaginación, sugerencias, conducta sustitutiva, desensibilización, autorrelajación, métodos aversivos, refuerzos positivo y negativo, situaciones de incomodidad y consejo (Schwartz, 1987). La hipnosis puede administrarse en una sola sesión individual, en varias sesiones individuales o en una sesión de grupo.

Sesión individual única. Spiegel (1970), enseña a sus pacientes a hipnotizarse a sí mismos, primeramente utilizando una técnica de relajación, centrarse en el modo en que se fuma, porque lo hace el fumador, a fin de que caiga en trance; y les ofrece una sesión de psicoterapia reforzada por hipnosis. Se instruye al paciente para que emplee la técnica de tres a 10 veces al día. Spiegel sostiene que, por sí misma, la hipnosis no es un freno para el tabaquismo sostenido pero que, combinada con motivación del paciente, crea la atención receptiva expectante y la concentración excitada que pueden culminar en una nueva perspectiva en cuanto al hábito de fumar. Spiegel se concentra sobre el respeto y la protección del cuerpo e instruye al paciente en la meditación. Afirma que este estado de concentración o autohipnosis incrementa la receptividad del paciente a sus propios pensamientos y ayuda a troquelar en su mente su nuevo punto de vista, su compromiso por su propio bienestar, que le ofrece el poder para renunciar al tabaquismo.

Sesiones individuales múltiples. Hall y Crasilneck (1970), ofrecieron cuatro sesiones de hipnosis a 75 pacientes muy motivados enviados por otros médicos. Recurrieron a sugerencias directas, diciendo a sus pacientes que deberían estar libres relativamente del deseo excesivo de consumir tabaco. Después del tratamiento se llamó al paciente por teléfono todos los días durante un mes. Los que recayeron en el tabaquismo recibieron sesiones adicionales. Según el recuento de todos los sujetos.

Sesiones de grupo. Kline (1970), basado en su sesión de hipnosis de grupo maratónico de 12 horas, fue quien informó los mejores resultados de la hipnosis en 1970. Trató a 60 fumadores en grupos de 10, y cada paciente se hipnotizó de manera individual durante 15 minutos. El método consistió en relajación, imaginación y autohipnosis.

Valoración de la hipnosis. Spiegel (1970), ha añadido ciertos conceptos teóricos relacionados con los beneficios de la hipnosis. Señaló que los pacientes con capacidad elevada de caer en trance (perfil elevado de inducción hipnótica). Es manifiesto, tras una revisión de cerca de 50 informes y críticas sobre el empleo de la hipnosis para controlar

el tabaquismo, que este método produce solo resultados modestos cuando se emplea de manera aislada. Sin embargo, las tasas de buenos resultados se intensifican cuando se combinan con otros métodos para dejar de fumar. La capacidad y la experiencia del terapeuta son aspectos importantes para el empleo eficaz de la hipnosis. Aunque el tratamiento único es el de costo más económico, las sesiones múltiples parecen mejorar las tasas de renuncia. Diversos estudios de hipnosis de grupo han informado tasas elevadas de buenos resultados, pero esta observación puede deberse a los efectos añadidos resultantes del tratamiento de la terapéutica de grupo. Como sucede con cualquier otro método de interrupción del tabaquismo, se requieren consejo y apoyo de vigilancia para conservar la abstinencia.

Acupuntura

¿Que es la Acupuntura? Es un terapéutica basada en el movimiento de la energía en el ser vivo. La cultura ancestral China inventó hace más de 5000 años un lenguaje binario (YIN-YANG) aplicado a los 5 aspectos fundamentales de la naturaleza (los 5 elementos) para poder explicar la fuerza de la vida en todos sus aspectos. Se utilizan agujas y calor que actúan sobre la energía “Qi” (energía y su constante fluir tanto en la naturaleza como en los seres vivos) (Tovar, 2000, <http://www.centreEMAI.acupuntura.yahoo.com>).

Tipo de acupuntura para interrumpir el tabaquismo. Cousin (1976), cita dos métodos para tratar a los fumadores por medio de acupuntura: **nasopuntura**, **auriculopuntura** y **electroacupuntura**. La **nasopuntura** consiste en seleccionar puntos sobre la superficie de la nariz para descongestionar las vías respiratorias y generar una sensación de disgusto hacia el tabaco en el paciente. La auriculopuntura, muy popular en el Lejano Oriente, puede ser dolorosa. Requiere el empleo de una engrapadora para efectuar acupuntura del oído. Para la puntuación de esta clase se usa una engrapadora quirúrgica como puntos fijos de aguja de acupuntura con la finalidad de efectuar estimulación frecuente de la oreja. Se implantan también hilos y cuentas en los puntos corporales y auriculares apropiados. Se emplea también electroacupuntura para tratar el tabaquismo. Quienes la ejercen en la Universidad de Singapur han descrito el empleo de láseres sobre puntas de acupuntura para la interrupción del tabaquismo (Tan CH, 1987). Los rayos láser se dirigieron hacia orejas, muñecas y nariz. Desafortunadamente no se recopiló información de vigilancia y sus resultados inmediatos se basaron en una reducción del tabaquismo más que en la interrupción total. Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Tratamientos homeopáticos y naturistas. Consisten en la puesta en marcha de una serie de planes dietéticos e higiénicos combinados con la ingestión de determinados productos naturales o sintéticos. Tanto la dieta como las actividades físicas programadas van encaminadas a: 1) evitar los factores excitantes (alcohol, café, condimentos y sabores picantes) que pueden incitar a fumar; 2) buscar efectos relajantes que ayuden a la abstinencia, y 3) depurativos que sirvan para lograr la desintoxicación (tales como la ingestión de grandes cantidades de agua al día, zumo de frutas, etc.). El principio terapéutico empleado en este procedimiento es la denominada “isoterapia” (de isos: mismo, idéntico), según la cual el proceso de tratamiento se lleva a cabo proporcionando al organismo cantidades mínimas de un determinado compuesto idéntico a la sustancia de la cual se le quiere desintoxicar. La isoterapia del tabaquismo emplea un medicamento fabricado con disoluciones homeopáticas de tabaco y de sus residuos, contenidos a muy bajas concentraciones. Con aplicaciones sucesivas de dichas disoluciones se pretende

conseguir una desintoxicación progresiva de la nicotina, lo que aliviaría e incluso eliminaría la aparición del síndrome de abstinencia al dejar de fumar. Las disoluciones se preparan de forma específica para cada tipo y marca comercial de cigarrillos, de manera que cada fumador emplea la correspondiente a la marca de cigarrillos por él utilizada. La razón de esta especialización es el intento de individualizar el tratamiento, proporcionando las dosis terapéuticas de la misma nicotina a la que el fumador está acostumbrado. El laboratorio distribuidor del tratamiento anuncia isoterapias específicas para 100 marcas de cigarrillos (Roales-Nieto y Calero, 1994). Esta técnica es usada en las Clínicas de tabaquismo en México.

Intervenciones de los profesionales de la salud.

No solo los médicos pueden ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Enfermeras, psicólogos, dentistas, trabajadores sociales y farmacéuticos también tienen oportunidades importantes para ayudar a sus pacientes. Es importante notar que cada vez que un proveedor de la salud no alienta la cesación de fumar a un paciente, el proveedor pierde una oportunidad de intervención. Aun si el consejo médico lleva a una tasa de cesación estimada no mayor de dos por ciento, este resultado modesto es beneficioso para el paciente y es una intervención de costo efectivo. Los pocos minutos que cada proveedor de cuidados de salud invierte aconsejando a un paciente fumador a dejar de serlo puede ser efectivo no únicamente en términos de minimizar los riesgos a la salud, sino también puede ser una intervención efectiva de costo, requiriendo en poco tiempo, dinero y el uso de profesionales para ayudar a el fumador. En cada fase en la cesación de fumar (preparación, intervención y mantenimiento) el proveedor del cuidado de la salud puede jugar un rol esencial. Aun antes que el proceso de dejar de fumar comience, un profesional de la salud puede ser un instrumento acelerado para que el paciente pase por las etapas de cambio: **precontemplación**, **contemplación**, **preparación**, **acción** y **mantenimiento**. **Precontemplación**: no piensa en cambiar su hábito, en los próximos 6 meses, no cree en su capacidad para cambiar y no quiere pensar en esto, puede ignorar los riesgos de su comportamiento o estar a la defensiva y resistir al cambio; **Contemplación**: piensa seriamente en abandonar en 6 meses, sin embargo, duda de los beneficios a largo plazo de mantenerse sin fumar, aunque considera el cambio, tiene una gran ambivalencia al respecto; **Preparación**: intenta cambiar su hábito en el próximo mes, por lo general lo ha intentado ya en el último año y ha dado pasos significantes hacia la acción (retrasa el primer cigarrillo de la mañana, fuma menos cigarrillos al día); **Acción**: deja de fumar. Esta última etapa dura 6 meses y en ella es muy factible la recaída. **Mantenimiento**: se trabaja para mantener un estilo de vida más sano y se utilizan estrategias a fin de cambiar el ambiente y las experiencias en busca de evitar volver a fumar. Por lo tanto, el médico debe identificar la fase en la cual se encuentra el paciente a efectos de evitar el fracaso de sus acciones (Adams, 2000, <http://www.EPOC-Sección7.yahoo.com> y Wartenberg, 1997 www.riesgos.com para el fumador.infmed.yahoo.com). Más aun, los proveedores de cuidados de la salud deben darle consejo y asistencia a todos los pacientes que fumen, incluyendo aquellos con enfermedades existentes. Sin embargo, se ha demostrado que los médicos que fuman están menos propensos aconsejar a sus pacientes sobre los peligros de fumar y la importancia de la cesación o, minimizar las peligrosas consecuencias de la salud al fumar. Un protocolo recomendado para las intervenciones en dejar de fumar de los profesionales de la salud, consiste en la siguiente estrategia de seis pasos:

1. Sistemáticamente identificar a los usuarios de tabaco y documentar su estado.
2. Fuertemente recomendar a todos los fumadores a dejar de hacerlo.

3. Identificar aquellos fumadores que están deseando hacer un intento de dejar de fumar; motivar aquellos que todavía no están listos para dejarlo; reforzar sus intenciones.
4. Dar consejo; proveer información suplementaria; ofrecer consejo práctico de como vivir siendo un no fumador.
5. Aconsejar sobre cursos de acción; ayudar a determinar una fecha y un plan de cesación; ofrecer reemplazos de nicotina u otros tipos de terapias farmacológicas.
6. Programas contactos de seguimiento (Brundtland, 1999).

Se distinguen dos tipos de actuación, diseñadas para ser llevadas a la práctica en el marco de la consultas que son: **La intervención mínima y la Intervención Avanzada** el poner en práctica una u otra, dependerá de la fase del proceso de cambio en que se encuentre el fumador.

Intervención Mínima. Está orientada para ayudar a todos aquellos fumadores que no son capaces de comprometerse a dejar de fumar antes de un mes, bien porque sean fumadores “consonantes” (que nunca se han planteado dejar de fumar), sean fumadores escasamente “disonantes”, o con demasiados temores y dudas sobre las posibilidades reales de conseguirlo, etc. Los componentes básicos de esta intervención son: preguntar sobre el consumo de tabaco, registrarlo en la Historia Clínica, dar consejo oportuno, advertir al paciente de que se hará un seguimiento de su consumo de tabaco en las visitas sucesivas, entregar folletos informativos sobre los efectos negativos del cigarrillo y las ventajas de abandonarlo, el elemento fundamental de esta intervención es el consejo, herramienta de probada eficacia y eficiencia para conseguir de un 5 al 10% de abandonos, siempre que reúna una serie de características o elementos, a saber: deber ser sistematizado, serio, firme, sencillo, corto (2-3 min. máximo) y personalizado, según sea la etapa del cambio en que se encuentre. Debemos intentar dar siempre un consejo positivo, pero también informando de los riesgos de seguir fumando, sobre todo si nos encontramos ante un fumador “consonante”, el consejo siempre es más útil en ciertas situaciones como: embarazo, intervenciones quirúrgicas, patología respiratoria de todo tipo, etc; y se muestra, cómo es lógico, más efectivo.

Intervención Avanzada. Este tipo de intervención es el adecuado para todos aquellos fumadores “disonantes” capaces de fijar una fecha, dentro de los próximos 30 días como máximo, para dejar de fumar y especialmente para los que creen necesitar ayuda para conseguirlo (aproximadamente un 25% de los que abandonan el tabaco). Lógicamente esta es una intervención algo más compleja y que requiere una mayor dedicación por nuestra parte, por lo que se aconseja se realice en consultas o actos sanitarios dedicados específicamente a este fin. Los elementos básicos de la intervención son: consejo personalizado para reforzar al máximo la motivación, despejar dudas y temores, entregar “Guía para dejar de fumar” o similar, fijar fecha de abandono (día D) de común acuerdo, establecer estrategia de apoyo adecuada, recomendación de terapia de reemplazo de nicotina (TRN), si precisa, evaluación y seguimiento en la fase de abstinencia. Aquí el elemento fundamental es la estrategia de apoyo, que consiste en establecer una serie de actuaciones que sirvan por un lado, de preparación específica hasta llegar el día D (periodo de desvanecimiento), y por otro, para superar el posible síndrome de abstinencia y las situaciones y momentos difíciles de los primeros días y/o semanas sin fumar, donde el peligro de recaída es mayor. Se conoce como “periodo de desvanecimiento”, el que va desde el día en que el paciente decide dejar de fumar y fija

fecha de abandono, hasta que ésta llega (SEPAR), <http://www.Como ayudar a su paciente a dejar de fumar.com.html>, (1995). Este procedimiento se lleva a cabo en casi todos los centros de tratamiento contra el tabaco.

Programas de Alcance Masivo

Los programas nacionales individuales están diseñados para alcanzar a un alto rango de la población, mientras ocasionalmente se hacen programas a la medida para regiones individuales específicas o sectores de la comunidad. Los programas de alcance masivo como la semana de Japón de no fumar y el “Gran Fuera el Humo” en los Estados Unidos, patrocinado por las naciones individuales, pueden educar al público y ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Programas de alcance masivo basados en incentivos han sido especialmente exitosos. Las competiciones de Cese y Gane o la versión en Inglés Quit and Win, originalmente diseñadas en Finlandia, han sido exitosamente expandidas para cubrir un amplio y variado mercado internacional. En este concurso se invita a los fumadores de 18 años o más, que hayan consumido al menos 1 cigarrillo durante los últimos 12 meses, a no fumar, por cuatro semanas (2 al 30 Mayo). Para participar los concursantes deben llenar un formulario compromiso con sus datos personales, teléfono y contestar unas preguntas sobre su hábito de fumar, con el aval y la identificación de un testigo, que certifica la veracidad de los datos. Al cumplir cuatro semanas, el 29 de mayo, se sortea al ganador entre los participantes que hayan logrado permanecer sin fumar durante este período. Todo participante debe estar dispuesto a ser evaluado para constatar si ha fumado o no, tanto en el momento de la inscripción como durante el desarrollo del concurso. El ganador se anunciará el 31 de mayo, “Día Mundial sin Fumar”. La competición basada en incentivos, con un premio internacional de US\$10,000, ha evidenciado tasas altas de abstención. La abstinencia tabáquica es confirmada por pruebas biológicas, a través de la determinación en la orina, de un derivado de la nicotina, denominado cotinina. Para el fumador que desee dejar de fumar, el concurso proporciona apoyo e incentivo. Para los organizadores del concurso, la construcción de coaliciones es un beneficio adicional a los más obvios de reclutar fumadores a la cesación. El primer concurso nacional de Cese y Gane de Suecia en 1988, produjo una tasa de 20% de abstención después de un año, indicando un programa exitoso de alcance masivo. Los concursos internacionales de Cese y Gane han demostrado ser una actividad exitosa de dejar de fumar que pueden ser aplicados a una amplia gama de culturas. Estos concursos han probado ser eficientes en costo, positivos y prácticos en las intervenciones de dejar de fumar (Brundtland, 1999 y Orowitz, 2000 <http://www.DejaloyGana.tabaqnov.com>).

Programas Educativos.

Consisten en la organización de cierto número de sesiones en las que se programan lecturas, conferencias de profesionales, películas, instrucciones, consejos dietéticos, consultas, etcétera, con una duración que va desde una semana a tres meses. Se imparten en centros educativos y/o privadas, médicas y/o educativas, y en algunos se desarrollan en instituciones hospitalarias o Clínicas y son dirigidos por médicos y/o psicólogos (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Métodos por Correo Electrónico (e-mail)

Adiós al tabaco es una lista de intercambio de correo electrónico creada con el fin de compartir la experiencia, y darnos apoyo durante y después de abandonar el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas. Adiós al tabaco es una lista abierta no moderada, lo que significa que los mensajes enviados a la lista no tienen ningún tipo de control por parte de ningún administrador y son exclusiva responsabilidad de sus autores.

Adiós al tabaco es una lista relativamente nueva, fundada a mediados de noviembre de 1999, por lo que el número de suscriptores, y consecuentemente el tráfico de mensajes, no es muy alto. La idea de esta lista está inspirada en el grupo de news alt.support.stop-smoking en inglés, y es.soc.cultura.sin-tabaco en español. A diferencia de los grupos de news, para participar de la lista hay que suscribirse mandando un mail en blanco a: adios-tabaco-subscribe@egroups.com y a diferencia de otras listas de correo, en ésta no es necesario permanecer oculto hasta entender la dinámica de la lista o conocer a sus miembros. La invitación es para participar desde el mismo momento en que se está suscrito y de acuerdo a lo que necesite el fumador o a la ayuda que pueda y quiera brindar. Al administrador se le puede escribir a: adios-tabaco-owner@eGroups.com ó a webmaster@adiostabaco.com.ar por cualquier problema relacionado con la lista.

La Salud en tus Manos: Guía práctica para dejar de Fumar. Prepararse para dejarlo. Dejar de fumar no consiste sólo en tomar una decisión, es un proceso que requiere, para su mayor eficacia, de unos pasos. Este periodo preparatorio dura entre 8 y 10 días (puede durar menos, pero no es conveniente que más). El objetivo es que durante ese tiempo se reduzca gradualmente el consumo para después abandonarlo totalmente. La Guía se describe de la siguiente manera: Busca un motivo, vencer los obstáculos mentales, lucha contra los tres ganchos: 1.-la dependencia física a la nicotina, 2.-la dependencia psicosocial y 3.-el hábito mecánico y automático, señala el día para dejarlo (Aranza, 2000, <http://www.serviciocanariodesalud.lasalud.com>).

Worksite Programs o Programas para Dejar de Fumar Aplicados en el lugar de trabajo.

Tomando las experiencias llevadas a cabo en los Estados Unidos, numerosas empresas han llegado a estar motivadas por la repercusión social, de salud económica que representa el consumo del tabaco por sus empleados durante las horas de trabajo (el 36% de las empresas del país ha designado áreas de no fumadores, y otro 23% están en vías de aplicarlo). Por ejemplo, los fumadores utilizan los servicios de salud un 50% más que los no fumadores, y presentan tasas más elevadas de accidentes laborales y de invalidez como consecuencia de accidentes laborales, representando, por tanto, mayores cargas económicas para la empresa y para la sociedad. Y por último, pero no menos importante, fumar en el puesto de trabajo afecta también a la salud de los trabajadores no fumadores, quienes se convierten en fumadores pasivos como consecuencia de la conducta de sus compañeros fumadores (Roales-Nieto y Calero, 1994). El 8 de Septiembre del año 2000 se implantó en México el nuevo reglamento de zonas libres de humo de tabaco, en donde no se permite fumar en las áreas de trabajo públicas, Instituciones de salud (oficinas, hospitales, centros comerciales, etc.), y se designarán áreas para fumadores, esto es con motivo de respetar el lugar donde se trabaja, los compañeros de trabajo no fumadores, la salud, entre otras (INER y SSA, 2000).

Anteriormente, los programas para dejar de fumar eran caros e inaccesibles a la gran mayoría de la población, ahora, gracias a la difusión de esta terrible adicción, se ha puesto un gran interés por difundir información y prevención de los daños que causa el tabaquismo, en México existen diversas clínicas para dejar de fumar, que cuentan con el más sofisticado equipo médico y psicológico, además existen clínicas privadas y del gobierno en donde en la mayoría de éstas se maneja el mismo tratamiento y lo que varía es el costo del mismo. De acuerdo al Boletín Informativo Diseminación Selectiva de Información Tabaco o Salud DSI-TOS (Brundtland, 1999), los proveedores de la salud (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.), familia y amigos son por

tanto el mecanismo de apoyo de la gran mayoría de fumadores que quieren dejar de fumar. Un programa común que los profesionales de la salud pueden recomendar, no requiere gastos externos o materiales, simplemente requiere de dedicación por parte del fumador, su familia y amigos. La estrategia es como sigue:

1. Compromiso de cesar: defina y decida la motivación específica y el deseo de dejar de fumar.
2. Hable con el médico, discuta medicamentos y estrategias que le ayuden a combatir el deseo de volver a fumar, esto maximizará las oportunidades del éxito.
3. Elija el día de dejar de fumar, no trate de evadirlo; llegue a una completa abstinencia desde ese día en adelante.
4. Deshágase de todo el equipo relacionado con el tabaco y limpie toda su ropa y vehículo a la fecha de dejar de fumar; no vaya a sitios donde puede estar tentado a fumar.
5. No se preocupe acerca de las dietas hasta que efectivamente haya dejado de fumar.
6. Asegúrese y obtenga apoyo de su pareja, amigos y familia para que lo alienten en sus esfuerzos de dejar de fumar y lo ayuden a mantenerse sin fumar.
7. Si es un padre, realice el ejemplo que le está dando a sus hijos.
8. Aprenda como evitar o solventar las situaciones y comportamientos que lo hacen desear fumar.

Una combinación de las intervenciones de dejar de fumar puede ser lo más efectivo. La terapia del comportamiento, a menudo, no puede ella sola alentar a dejar de fumar, a menudo reemplazos de nicotina o terapias farmacológicas no nicotínicas beneficiarán al fumador más activamente ya que el fumador es adicto a la nicotina de los cigarrillos; un sustituto de esta droga, administrada a través de una pastilla, parche o chicle, satisface la necesidad de nicotina de los fumadores, es decir, la necesidad física. Las terapias de reemplazo de nicotina han demostrado ser doblemente efectivas en los intentos en que no se usan. Para muchos fumadores las terapias de reemplazo de nicotina alivian el síndrome de abstinencia y es una ayuda psicológica y física al proceso de dejar de fumar. Las terapias farmacológicas no nicotínicas, tal como el bupropión, funciona de diferentes maneras que los reemplazos de la nicotina y también han probado ser doblemente exitosos en la ayuda prestada al fumador en sus intentos de cesación exitosa. La terapia cognitivo-conductual puede ayudar al fumador a superar las motivaciones sociales y psicológicas del fumar. El fumador que intenta dejar el cigarro debe estar consciente antes de su intento de los síntomas de abstinencia que pueden ser: irritabilidad, impaciencia, hostilidad, ansiedad, depresión, dificultades de concentración, insomnio, angustia y un incremento en el apetito y en la ganancia de peso. Comúnmente, los síntomas físicos de abstinencia son el resultado de un retiro abrupto de la nicotina. En estos casos, la terapia de reemplazo de nicotina o cualquier otra intervención médica debe ser considerada. Ganar peso es una preocupación común para aquellos que quieren dejar de fumar, especialmente entre las mujeres. Con todo esto, el fumador debe ser advertido de la posibilidad de ganar peso, el promedio de peso ganado de dos a tres kilos posee un pequeño riesgo a la salud en comparación con el riesgo ocasionado con el fumar. Un régimen de dieta no debe ser considerado hasta que el individuo exitosamente haya dejado de fumar, de lo contrario el riesgo de una recaída aumenta. El fumador que está intentando un programa para dejar de fumar debe tomar ventaja de las organizaciones de

apoyo social y familiar, así como del apoyo y material de autoayuda de los proveedores de salud. El éxito es alcanzable: en los últimos años en Hong Kong, más de cien mil personas dejaron de fumar exitosamente. El fumador debe ser consciente que a pesar de que la cesación de fumar es un progreso difícil, millones de fumadores lo han logrado (Brundtland, 1999).

Como se vió anteriormente estos son todos los métodos que existen en todo el mundo, explicando brevemente en que consiste cada uno y haciendo especial énfasis de cuales son los que se usan en las Clínicas de tabaquismo en México. A continuación veremos los resultados de efectividad de cada uno de los tratamientos, indicando el porcentaje de éxito a los seis meses y al año con cada método que existe.

CUALES SON LAS ESTRATEGIAS O METODOS CON MAYOR EXITO Y EFICACIA.

Diversos problemas hacen difícil comparar los resultados de las diversas estrategias o métodos para dejar de fumar. En todos los casos en que se pueda, deben validarse los buenos resultados mediante métodos bioquímicos (por ejemplo, exámenes de cotinina en orina o sangre). La definición de buenos resultados puede diferir entre dos o más programas o se puede medir de diferente manera; deben identificarse las tasas de interrupción al año en todos los casos que se pueda. Los intentos múltiples para dejar de fumar pueden influir también en las tasas de buenos resultados de un programa o una intervención individuales. Finalmente, se considera necesario notificar la validez de un tratamiento a través de una comprobación científica. Por estos motivos, deben efectuarse con precaución todas las comparaciones de las tasas de renuncia al tabaquismo. A continuación se reporta un resumen de las tasas de renuncia al tabaquismo (porcentajes), por método, informadas entre 1959 y 1985 (Fiore, 1992).

Las tasas se basaron principalmente en los informes personales y las ofrecieron investigadores cuyos procedimientos de vigilancia pueden haber sido diferentes. Las tasas medianas de renuncia más elevadas para las pruebas con vigilancia de un año recibieron la puntuación por intervención de los médicos con pacientes cardíacos en muchos programas. De los programas múltiples, 17 se sometieron a vigilancia durante un año, y (66%) lograron por lo menos una tasa de buenos resultados en sus intentos por dejar de fumar, porque la enfermedad que pone en peligro su vida incrementa de manera notable su nivel de motivación (Fiore, 1992).

Otros métodos cuyas tasas medianas de renuncia llegaron a 30% (vigilancia de un año) fueron intervención de los médicos en pacientes pulmonares, estudios de los factores de riesgo, y tabaquismo rápido y saciamiento, en particular cuando se combinaron con los procedimientos. Los métodos que tuvieron tasas medianas de renuncia al tabaquismo justo por debajo de 30% consistieron en programas de grupo y de masticación de chicle de nicotina cuando se combinaron estos tratamientos de la conducta. Con pocas excepciones, las tasas medianas de renuncia a seis meses fueron superiores a las tasas de renuncia a un año. La tercera parte de las pruebas que consistieron en 12 métodos diferentes de intervención puntuó por lo menos una tasa de interrupción del tabaquismo con buenos resultados de 33%. De todas maneras, no se puede seleccionar ningún método único como el "mejor". En realidad, las tasas de renuncia al tabaquismo no variaron de manera notable entre los programas, y la mayor parte de los métodos de interrupción del tabaquismo dieron por resultado una tasa mediana de buenos resultados de 15 a 40 %. La autoasistencia, sin supervisión profesional, puso de manifiesto una tasa mediana de renuncia respetable de 18 % a un año. Cuando los médicos ofrecieron intervención que abarcó más que el simple consejo o la simple orientación a los pacientes, las tasas medianas de renuncia se incrementaron de 6 a 25 % al año. El chicle de nicotina tuvo una tasa mediana de renunciaciones de 11 % al año, pero ésta se incrementó a 24 % cuando se combinó con otras medidas terapéuticas. De los tratamientos de la conducta, tabaquismo rápido y saciamiento manifestaron buenos resultados cuando se combinaron con otras medidas. Hipnosis y acupuntura, métodos muy populares para dejar de fumar, tuvieron buenos resultados modestos, aunque muchos de estos estudios carecieron de valoración cuidadosa y vigilancia en la cual ase valorara la abstinencia mediante mediciones

bioquímicas (Fiore, 1992). Ha sucedido lo mismo con muchos programas comerciales y por Internet.

| Método de intervención | Tasa de renuncias (vigilancia mínima de seis meses) | Tasa de renuncias (vigilancia mínima de un año) |
|---|---|---|
| | Mediana* | Mediana |
| Autoayuda | 17 | 18 |
| Educacional | 36 | 25 |
| Plan de cinco días | 15 | 26 |
| Grupo | 24 | 28 |
| Medicación | 18 | 18.5 |
| Chicle de nicotina | 23 | 11 |
| Chicle de nicotina y trata- miento de la conducta. | 35 | 29 |
| Hipnosis individual | 25 | 19.5 |
| Hipnosis de grupo | 34 | |
| Acupuntura | 18 | 27 |
| Consejo u orientación del médico. | 5 | 6 |
| Intervención del médico más que consejo. | 29 | 22.5 |
| Intervención del médico, pacientes pulmonares. | 24 | 31.5 |
| Intervención del médico, pacientes cardiacos. | 44 | 43 |
| Factores de riesgo | | 31 |
| Tabaquismo rápido | 25.5 | 21 |
| Tabaquismo rápido y otros procedimientos. | 38 | 30.5 |
| Tabaquismo de saciamiento. | 38 | 34.5 |
| Tabaquismo aversivo escalonado con regularidad. | 29 | 26 |
| Disipación de la nicotina | 27 | 25 |
| Convenio de contingencia | 46 | 27 |
| Programas múltiples | 32 | 40 |

Nota: Las tasas de renuncia que se anotan sugieren tendencias globales. La mayor parte de las tasas de renuncia se baso en autoinformes sin confirmación bioquímica. Algunas tasas de renuncia al tabaquismo se recalcularon para que incluyeran a todos los sujetos, pero en su mayor parte se basaron en los informes de los investigadores. Algunas de las tasas omitieron a los sujetos que no terminaron el tratamiento a las personas que no se presentaron a las citas de la vigilancia y, por tanto, sobrestiman la tasa global de buenos resultados. Las definiciones de la vigilancia pueden variar entre las pruebas. Pueden haberse empleado otros procedimientos, y quizá algunas pruebas hayan incluido más de un método (Fiore, 1992).

El éxito del **parche de nicotina** comparado con placebo de acuerdo al meta-análisis realizado por Fiore y Cols. (1994) y el efecto del consejo o apoyo adicional sobre el éxito de los parches. El porcentaje de éxito al final del tratamiento es hasta del 42%. Sin embargo, a los 6 meses este porcentaje de éxito baja hasta 27% que es no obstante, bastante bueno. Fiore y Cols. (1994) concluyen en su meta-análisis que los parches significan una ayuda efectiva en el proceso de dejar de fumar y tienen el potencial de mejorar significativamente la salud pública. Benowitz y Gourlay (1997), es una interesante revisión sobre los efectos cardiovasculares de la TRN, concluyeron que los riesgos asociados a la TRN, incluso para aquellos con que tienen alguna enfermedad cardiovascular subyacente, son pocos, y en todo caso siempre son menores que seguir fumando. Los efectos secundarios más importantes de *los* chicles están relacionados con el mal sabor y/o la irritación gástrica, efectos que no se observan con los parches. Con estos, el principal problema suele ser la irritación de la piel que se elimina cambiando de posición el parche o utilizando una crema de esteroides tópicos. Se concluye que el parche mas el consejo o terapia cognitivo-conductual es altamente exitosa en el proceso para dejar de fumar.

La revisión efectuada por Schwartz en 1987 sobre 23 estudios que aplicaron **chicle de nicotina** señala como principales conclusiones el hecho de que los fumadores que prueban a dejar de fumar mediante el chicle de nicotina continúan libres de fumar mientras están tomando el chicle, pero el porcentaje de recaídas es muy elevado cuando se abandona su uso. En concreto, se encuentra una marcada diferencia entre los datos promedio a los 6 meses de seguimiento (un 23% de abstinentes como promedio de todos los estudios) y los datos a los 12 meses (un 11 % de abstinentes). Igualmente, parece confirmarse que el chicle de nicotina resulta más eficaz en fumadores que mantienen una mayor dependencia de la nicotina. Otra conclusión importante es el aumento de la eficacia del chicle de nicotina cuando se combina su empleo con otros métodos para dejar de fumar. Cuando se emplea el chicle de nicotina con otros procedimientos, las tasas de abstinentes en seguimiento suben con respecto a las obtenidas por el chicle de nicotina y los procedimientos correspondientes por separado. La British Thoracic Society en 1983 con 1550 participantes utilizaron una combinación de chicle de nicotina con procedimientos conductuales y se encontró que esta combinación ofrece mayor garantía de éxito para dejar de fumar. Tal es el caso del estudio de Hall, Tunstall, Rugg, Jones y Benowitz en 1985 que consiguió un 44% de abstinentes combinando un tratamiento conductual (consistente en un procedimiento aversivo, un entrenamiento en prevención de la recaída y relajación) con chicle de nicotina mientras que una combinación de terapia de grupo y chicle consiguió un 37% de abstinentes y un 28% de abstinentes el tratamiento conductual solo (Roales-Nieto y Calero, 1994).

De la valoración de los diferentes estudios revisados Roales-Nieto y Calero (1994), concluyen que el chicle de nicotina resulta más eficaz dentro de un programa de tratamiento establecido, obteniéndose los mejores resultados cuando se combina con procedimientos conductuales, sin combinación con otros procedimientos, la eficacia del chicle de nicotina es bastante menor. Es importante mencionar que mientras un ex-fumador no abandone el chicle de nicotina, debe considerarse que continúa en tratamiento. Por el hecho de estar tomando nicotina no debe considerarse que ha logrado el éxito de dejar de fumar o la abstinencia; es decir, no debe considerarse a una persona como ex-fumador consolidado hasta que abandone el chicle u otro sustituto de nicotina. Podría estar sucediendo que mientras el paso de fumar a emplear el chicle o sustituto de

nicotina se esté realizando con éxito, no se esté prestando la atención que merece al siguiente paso de abandonar el sustituto de nicotina y mantenerse abstinentes, no solo de fumar sino también de consumir nicotina en cualquier forma. Por otro lado, el empleo de este fármaco presenta algunas limitaciones que conviene señalar. En primer lugar, no se puede utilizar con todos los fumadores, ya que diversos estudios han señalado que su administración produce sobre el sistema cardiovascular efectos similares al consumo del tabaco. En segundo lugar, está médicamente contraindicado para fumadores que presenten cardiopatías isquémicas, úlceras pépticas, esofagitis y diabetes, y en mujeres fumadoras que estén embarazadas, grupos de fumadores, que, por otro lado, representan poblaciones de alto riesgo con evidente necesidad de abandonar el tabaco. Por otra parte, su empleo posee también algunos efectos secundarios; así en un 10% de los individuos que lo toman aparecen molestias físicas tales como hipo, dolor de garganta, dispepsia, sensación de malestar en la boca, etcétera; mientras que en porcentajes que van del 3 al 7% según estudios, se ha encontrado desarrollo de dependencia (los niveles de nicotina en la sangre tras masticar una pieza de chicle en realidad son menores que los proporcionados por un cigarrillo, aunque su uso continuado da lugar a unos niveles séricos (concentración que puede haber de nicotina en la sangre) de nicotina similares a los que dan con el uso del tabaco) (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Los resultados de la **acupuntura** como forma de tratamiento para dejar de fumar son poco claros y generalmente bajos. Estudios que han comparado la aplicación de acupuntura "correcta" (es decir, la que utiliza los puntos que se suponen relacionados con esta adicción), con la de la acupuntura "incorrecta" han obtenido resultados bastante similares para ambos tipos de tratamiento, lo que llevaría a sospechar, tal y como señalan algunos autores como Largue y Choppy-Jacolin, que su efecto podría tratarse de un efecto placebo o debido a la aplicación de un tratamiento o puesta en escena terapéutica (Roales-Nieto y Calero, 1994). Sin embargo, de acuerdo a dos artículos publicados por la revista *Liberaddictus* (1999) escritos por el Dr. Humberto Brocca Andrade y la Lic. Sandra Tovar Kuri, actualmente la Organización Mundial de la Salud avala su uso en más de 70 enfermedades, la comprobación de la eficacia en los tratamientos de acupuntura se verificó en la curación de animales con el uso de esta técnica, eliminando la hipótesis de que los resultados obtenidos en humanos eran producto de la sugestión. Existen 5 puntos para el cambio: Simpático, Shenmen (Regula la excitación e inhibición de la corteza cerebral), Pulmón, Hígado y Riñón. A pesar de lo dicho anteriormente, las investigaciones científicas validadas que se han hecho, son en otro tipo de dependencias tales como el crack, alcoholismo, heroína, cocaína y otras que a pesar de que son drogas que desencadenan características muy parecidas al síndrome de abstinencia del tabaquismo, no hay una publicación como tal de la efectividad del dicho tratamiento en tabaquismo.

La variedad de resultados que arrojan los diferentes estudios dificulta una valoración global de la **hipnosis** en el tratamiento del tabaquismo. Probablemente, la escasa delimitación del propio procedimiento en sí, muy sujeto a subjetividades y veleidades de todo tipo y rodeado de una especie de mística, haya hecho que los diferentes procedimientos aplicados en los diferentes estudios sean escasamente comparables. Como única ventaja intrínseca de este método, Schwartz en 1987 señalaba la fuerte y clara implicación personal del fumador en el resultado de la experiencia de abandono del tabaco, dado que la responsabilidad última del cambio se ubica sobre el propio fumador y no sobre el método o el aplicador. Bien aplicado, esto puede ser una

interesante motivación. Por otro lado, se ha señalado numerosas dificultades metodológicas que dificultan la extracción de conclusiones claras sobre la eficacia de la hipnosis, entre ellas cabe destacar un cierto descontrol sobre qué sujetos son incluidos en los datos de seguimiento, la mezcla de la hipnosis con otros procedimientos sin la evaluación diferencial correspondiente, y la casi total ausencia de evaluaciones bioquímicas o de terceros sobre los autoinformes de abstinencia.

Consejo médico, el gran problema con este método para intervenir sobre el tabaquismo reside en el grado de convencimiento real del profesional que tendría que aplicarlo. En estudios relacionados, se comprobó mediante encuestas que la insistencia del médico en la recomendación de la abstinencia tabáquica dependía en un alto grado de su propio hábito (Roales-Nieto y Calero, 1994). Diversos estudios indican que si los médicos y otros profesionales de la salud ayudarán a sus pacientes a dejar de fumar, su influencia sería decisiva para reducir el tabaquismo. En el caso de los fumadores, el 70% dejaría de fumar si su médico le brindara la asesoría y apoyo necesario. Los fumadores que tienen un alto riesgo de presentar una enfermedad asociada al consumo de cigarro o que ya la tienen pueden ser más receptivos al consejo de su médico (INER, 2000).

El procedimiento de **autocastigo** no provoca en los individuos que lo emplean el considerable grado de ansiedad y rechazo que provoca el empleo del choque eléctrico como estímulo aversivo. Que el procedimiento de autocastigo con goma elástica se haya mostrado eficaz en el tratamiento de otros tipos de alteraciones conductuales tan dispares como pensamientos obsesivos, tartamudeo y adherencia a la dieta en los pacientes diabéticos, es una garantía de su funcionamiento como estimulación aversiva eficaz. Son necesarios estudios bien controlados que afinen el procedimiento de aplicación en el caso del tabaquismo (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Las **Pitilleras que administran descargas eléctricas** su eficacia es muy relativa. Su aplicación requiere, asimismo, que los sujetos estén altamente motivados para dejar de fumar y acepten llevar durante un tiempo considerable la cajetilla o pitillera consigo, lo que puede generar incomodidades físicas y sociales que aborten el programa (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Una mejora del tratamiento de **saciación** por el sabor si las sesiones del tratamiento se mantienen día a día, sin interrupciones por fines de semana que pueden actuar en contra del proceso de condicionamiento aversivo, hasta que el fumador decida por sí mismo dejar de fumar por encontrar aversiva la experiencia de fumar un cigarrillo. Esta sería la más clara señal de que, efectivamente, la saciación se ha producido. Finalizar el tratamiento tras 5, 8 ó 10 sesiones según un esquema de tratamiento prefijado e independiente de la conducta del participante, e instruir al fumador para que a partir de ese momento deje de fumar, significa aceptar, de hecho, que el tratamiento finalice sin haber logrado el objetivo terapéutico propuesto (el fumador en tratamiento sigue fumando aunque su tasa haya disminuido considerablemente). Sólo el abandono voluntario y espontáneo del tabaco garantiza que el objetivo se ha conseguido, y que una estimulación anteriormente reforzante se ha convertido en aversiva (Roales-Nieto, 1994).

En el método de **fumar rápidamente**, se han realizado estudios en los que se ha evaluado la autoaplicación por los propios sujetos obteniéndose pobres resultados. También se ha combinado esta técnica con otras como el autocontrol, alcanzándose buenos resultados en estos estudios aunque en otro informe no fueron superiores a los obtenidos mediante fumar rápidamente como única técnica aplicada. Dos procesos pueden explicar la eficacia de esta técnica, el primero sería la saciación, que según ellos

podría operar tanto a nivel fisiológico como psicológico, y el segundo, la repetición cognitiva de las experiencias desagradables del tratamiento. Es probable que ambos fenómenos estén implicados en el mecanismo de la actuación del procedimiento, pero se tiene que tener en cuenta el sentido secuencial que pueden tener. Esto es, la repetición cognitiva de las experiencias aversivas del tratamiento es en sí misma un efecto del tratamiento, puesto que se produce como consecuencia de que la experiencia está comenzando a ser aversiva, es decir, de que se está produciendo el proceso de saciación. (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Procedimiento de Sensibilización Encubierta, en cuanto a los resultados de este método tenemos que a dos años de seguimiento mostró que mantenía un 19% de abstinentes, por otra parte, se hizo un estudio combinado con el fumar rápido y alcanzó el 38% de abstinentes (Roales-Nieto y Calero, 1994).

En el método de **Fumar centrando la atención**, Schwartz revisó 16 estudios hasta 1985 y estableció una tasa media de éxito del 26% para tres de estos estudios que tuvieron seguimiento de 1 año, y el 29% para los 13 estudios restantes que tuvieron seguimientos de 6 meses. Una cuestión importante es que varios de los estudios que han puesto a prueba este procedimiento ha contado con evaluaciones farmacológicas de la abstinencia, por lo que sus resultados ofrecen mayor garantía que la ofrecida en otros procedimientos aversivos. Por ello, si bien la tasa de éxito lograda con la aplicación de este procedimiento parece más bien modesta, hemos de tener en cuenta el dato anterior. Por otra parte, es un procedimiento que puede llevarse a cabo en casa por el propio sujeto con una mínima instrucción, lo que reduce los costes de tratamiento y favorece la generalización (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Procedimientos de costo-respuesta, aunque estos son catalogados como aversivos; el control aversivo se ejerce por la retirada de estimulación reforzante que el individuo pierde por haber fumado (en este caso la retirada de ciertas cantidades de dinero). Por ello, son tipos de programas que pueden conservar los aspectos positivos del paradigma aversivo, y carecer de los inconvenientes típicos de las intervenciones aversivas que emplean estímulos aversivos como modelo de actuación (esto es, ansiedad o emociones negativas como subproductos de la aplicación de la estimulación aversiva, o los potenciales riesgos para dejar de fumar). Por la sencillez y el bajo costo de su aplicación, este tipo de intervenciones podrían recomendarse, con ciertos cambios o añadidos, para fumadores ligeros o medios o bien fumadores fuertemente motivados para dejar de fumar. Ciertos arreglos en el programa original, por ejemplo una cuota de pago lo suficientemente alta para que posea un fuerte control, y el añadido de algunos de los componentes típicos de autocontrol y apoyo social, podrían configurar un tipo de intervención eficaz y sencilla (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Combinación de sensibilización encubierta, control de contingencias y contratos conductuales. La aplicación de esta combinación de estrategias como tratamiento para dejar de fumar parece especialmente recomendable para personas muy sensibles a las circunstancias sociales, esto es, con fuertes vínculos de amistad con determinadas personas que pueden actuar como co-terapeutas, o con fuertes lazos familiares (Roales-Nieto y Calero, 1994).

La combinación de **sensibilización encubierta, control de contingencias, contrato conductual y autorregistro** mostraron en los resultados que todos los tratamientos tuvieron una eficacia similar en su reducción del consumo de tabaco. Todos consiguieron que los participantes redujeran considerablemente su consumo de tabaco, pero ninguno

de ellos llegó a la eliminación total. La ausencia de datos de seguimiento no permite conocer si este efecto reductor se mantuvo a través del tiempo o bien los individuos volvieron a sus niveles previos de consumo. En cualquier caso, este estudio parece confirmar indirectamente que la combinación de las tres estrategias puede resultar un método de tratamiento para el tabaquismo más eficaz que la aplicación de cualquiera de ellas por separado (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Combinación de **sensibilización encubierta y autocontrol**, los resultados indicaron que el 80% consiguió la abstinencia al finalizar el tratamiento pero sólo el 13% permanecía abstinentes a los seis meses de seguimiento (Roales-Nieto y Calero, 1994).

El método de **autocontrol** se consiguió un porcentaje de 28.6% de participantes abstinentes al final del tratamiento, mientras que al año de seguimiento era un 14% de abstinentes, las personas que no dejaron de fumar, sí consiguieron reducir su consumo de tabaco (Roales-Nieto y Calero, 1994).

La combinación de **autocontrol con otros programas aversivos** los resultados fueron mejores en términos de porcentaje de participantes que consiguen la abstinencia, por ejemplo, **autocontrol más una técnica de fumar rápido**, consiguió el 100 % de abstinentes al final del tratamiento y un 70% de abstinentes al año de seguimiento, la estrategia de **autocontrol más la técnica de rapid-puffing** consiguió también un 100% de participantes abstinentes al final del tratamiento, con un 33% de abstinentes al año de seguimiento (descritos en el capítulo anterior) (Roales-Nieto y Calero, 1994).

En el método de **fumar señalizado** en los resultados se obtuvo que a los 6 meses de seguimiento mantenía un 27% de abstinentes (Roales-Nieto y Calero, 1994).

En el método de la **Reducción Progresiva de la toma de nicotina** está formado por un componente básico consistente en la reducción semanal progresiva de la cantidad diaria de nicotina ingerida, un componente de cambio a marcas de cigarrillos de menor contenido en nicotina y alquitrán que la fumada habitualmente, y un componente de autoregistro. Para aquellos fumadores que, aun teniendo la abstinencia como objetivo, no fueron capaces de alcanzarla mediante otros procedimientos, opcionalmente existe la posibilidad de aplicar un componente adicional de reducción progresiva del número de cigarrillos fumados cada día (Roales-Nieto y Calero, 1994).

El **Programa multicomponente** no representa en sí mismo una entidad terapéutica definida, ya que sus efectos variarán tanto como varíen sus componentes, y debe dejar de emplearse como si se tratara de un constructo que representase un tipo de procedimiento que pudiera compararse con el resto de tratamientos; la eficacia de este programa depende del componente central que se emplee como técnica básica terapéutica (Roales-Nieto y Calero, 1994).

En el **Apoyo social e implicación de la pareja como estrategia adjunta al tratamiento**, los resultados indicaron que, al finalizar el tratamiento, el 73% de los participantes cuya pareja había recibido entrenamiento consiguió dejar de fumar, sin embargo, un año después los datos de seguimiento indicaron que el porcentaje de participantes que permanecían sin fumar era el 36%. El hecho de que el programa perdiera eficacia con el paso del tiempo llevó a los investigadores a señalar la posibilidad de que el entrenamiento proporcionado a las parejas no fuera todo lo extenso y completo que debiera ser para que sus efectos durasen (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Los dispares resultados de los **Programas Comunitarios y Campañas Antitabaco** pueden deberse a una variedad de razones. En primer lugar, la falta de verificación de los autoinformes de abstinencia es muy importante a la hora de otorgar

credibilidad a sus datos. Por otra parte, el énfasis se ha puesto en la comparación del empleo o no de los medios de comunicación; esto es: en lo que serían los aspectos puramente técnicos de la campaña (Roales-Nieto y Calero, 1994).

En el caso del **Autotratamiento** dado que la responsabilidad última de aplicación recae sobre el propio interesado, resultan métodos para dejar de fumar óptimos y exitosas para personas que: 1) tengan una fuerte capacidad de autocontrol; 2) cuenten con la ayuda o colaboración de otras personas cercanas a ellos: familiares, amigos, pareja, compañeros de trabajo, etc; 3) estén fuertemente motivados a dejar de fumar, y 4) tengan una cierta historia de autonomía e iniciativa en la solución de sus problemas. Lógicamente, personas que no cuenten con estas características pueden, también, intentar dejar de fumar con ayuda de uno de estos métodos, pero resultará más difícil que completen su aplicación, que alcancen el éxito o que se mantengan sin fumar durante mucho tiempo (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Los **Programas desarrollados en el lugar de trabajo**, representan un extraordinario potencial para el tratamiento del tabaquismo, sin embargo, se hace necesario un esfuerzo dirigido a la mejora y refinamiento tanto de la aplicación de los procedimientos de intervención como de los sistemas de medida. No se vislumbra una eficacia superior para ninguna de las estrategias específicas empleadas, pero sí parece claro que los incentivos económicos, cuando se añaden a los programas de abandono, producen tanto una participación más elevada en el programa como mayores niveles de eficacia final (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Los **Programas Educativos**, no han alcanzado gran éxito como tratamiento para dejar de fumar, sin embargo, han servido mucho como prevención del consumo del tabaco, y que, por tanto, van dirigidos a los no fumadores en un intento de lograr que se mantengan como tales (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Finalmente los **Programas por Internet** resultan mucho más efectivos también, a nivel de prevención que como tratamiento, debido a que carecen de mayor impacto en el sujeto, sin embargo, no se tienen evaluaciones del éxito de estos programas como tratamiento.

Después de revisar el éxito de los métodos que existen en todo el mundo, ahora nos enfocaremos a los que se encuentran funcionando actualmente en México, iniciando con una investigación sobre cuantas clínicas están funcionando en la Ciudad de México y de cada una de ellas se expondrá como se encuentran constituidas, concluyendo con un resumen en un cuadro señalando las características que más nos importarian de cada una de ellas.

CAPITULO IV

CLINICAS DE TABAQUISMO DE LA CIUDAD DE MEXICO

En el presente capítulo se dará un panorama general de las Clínicas para dejar de fumar que existen en la Ciudad de México, integrando los datos de la entrevista que fue aplicada a los responsables de diferentes Clínicas tanto públicas como privadas. Estas entrevistas fueron transcritas textualmente.

Se elaboró un cuestionario para investigar como se encuentran integradas cada una de las 12 Clínicas y/o Instituciones para dejar de fumar, con el fin de que el lector básicamente sepa donde se encuentran ubicadas dichas Clínicas y/o Instituciones, que método utilizan, en que consiste, que exámenes médicos se aplican, el costo del tratamiento, quienes aplican el tratamiento y los resultados al término y al año del tratamiento.

Los Programas de las Clínicas o Instituciones de tabaquismo en cuanto a los resultados obtenidos en los distintos estudios realizados varían tanto como las circunstancias de los tratamientos: la orientación psicológica, el número de sesiones, el número de miembros por grupo, los métodos auxiliares, etcétera; y en este tipo de intervenciones, usualmente no se está interesado en determinar la eficacia de cada una individualmente como en demostrar que el conjunto presenta una opción válida para dejar de fumar. Entre las formas de tratamiento colectivo o masivo representadas por los programas comunitarios y de autoayuda en cualquiera de sus múltiples variaciones, y las formas de tratamiento individualizadas representadas por las estrategias aplicadas por un profesional en un contexto clínico médico o psicológico, las Clínicas o Instituciones representan un punto intermedio que puede ser de evidente utilidad para determinado tipo de fumadores, ya que reducen los costes del tratamiento individualizado pero manteniendo la posibilidad de una interacción estrecha y enfatizando el control social. El primer problema que surge al intentar una discusión sobre la eficacia global de los programas de las clínicas o institutos como estrategia de tratamiento del tabaquismo deriva de la variedad de procedimientos que se encierran tras dicha cobertura. Aunque se mantienen comunes ciertas características (aplicación en grupo, uso de lecturas, pláticas o conferencias, medios audiovisuales, apoyo de grupo y control social, técnicas de consejo, etcétera), los programas de las clínicas o instituciones varían entre sí en aspectos que han demostrado ser de importancia en la determinación del éxito de algún programa (por ejemplo, contar o no con estrategias de mantenimiento, para prevenir recaídas, retirada gradual o abrupta, empleo o no de manuales informativos, etcétera). Para cierto tipo de fumadores (que no deseen o no puedan emprender tratamiento individual, pero a la vez que no sean capaces de eliminar por sí mismos o con un manual de autoayuda su adicción al tabaco), los programas de las clínicas o institutos para dejar de fumar representan una opción válida que debe ser mejorada en un intento de aumentar su eficacia en el logro y mantenimiento de la abstinencia. Por ejemplo, la inclusión de evaluaciones bioquímicas y de función pulmonar que proporcionen retroalimentación a los participantes y, de paso, mayor validez y fiabilidad a los autoinformes de abstinencia; la inclusión sistemática de estrategias de mantenimiento adecuadas a cada participante; y la inclusión de contratos de contingencias individuales y colectivos, podrían ser algunos de los añadidos que

mejorasen las tasas de éxito alcanzadas, algo que, obviamente, debe ser sometido a verificación experimental.

De acuerdo a los datos obtenidos de cada Clínica y/o Institución para dejar de fumar se encontró la siguiente información:

I.

Nombre de la Clínica o Institución: INER, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Clínica para Dejar de Fumar.

Nombre de la persona a cargo: Dr. Raúl Sansores Martínez, Lic. Ana Marlene Espinosa Martínez y Lic. Gabriela Lara Rivas.

Cargo: Jefe de Departamento de Tabaquismo y Psicólogas del Área.

Ubicación: Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, C.P. 14080, el teléfono es el 56 65 49 58 y 56 66 45 39 ext. 166.

Estructura de la clínica: Esta constituida por 5 cubículos y un área para terapia. En el primer cubículo se encuentra la secretaria donde ella proporciona la información a los pacientes y lleva el control de informática, en el segundo cubículo se encuentra la trabajadora social, en el tercer y cuarto cubículos se encuentran tres Psicólogas, en el quinto cubículo esta el despacho del Jefe de la Clínica y finalmente al fondo se encuentra el área donde se aplica el tratamiento.

Personas que aplican el tratamiento: Varios médicos especialistas, como neumólogo, cardiólogo, nutriólogo, etcétera, varias enfermeras, 3 psicólogas y 1 trabajadora social.

Nivel de preparación de estos integrantes: Es de acuerdo a su especialidad y todos enfocados exclusivamente al tabaquismo, su preparación se ha formado dentro del INER y en otros países.

Material didáctico que utilizan estos profesionales: Diapositivas, acetatos, trípticos, registros, pruebas psicológicas, contratos terapéuticos y cuestionarios. Todas las personas que acuden a la Clínica para dejar de fumar del INER, son atendidas conforme van llegando sin necesidad de sacar cita, y se les da un folleto de información sobre como está integrado el tratamiento, que consta de 2 sesiones a la semana de una hora y media cada una, en total son 10 sesiones de terapia grupal, se hace entrevista psicológica y estudio socioeconómico.

Intervención del médico: Se manda a hacer un paquete de exámenes, los cuales son evaluados por el médico y si éste considera que el paciente necesita algún tipo especial de evaluación o tratamiento, se le dan las indicaciones de como hacerlo dentro del mismo instituto o si es necesario lo canalizará con algún especialista.

Exámenes médicos: Historia Clínica, examen físico, radiografía de tórax, electrocardiograma, biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, papanicolau en expectoración y espirometría, al final del tratamiento se les entrega los resultados de sus análisis clínicos, junto con un diagnóstico y un plan para un nuevo estilo de vida.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente: Se le da la información y si aceptan entrar, se les dan unos cuestionarios donde se encuentran el cuestionario de Fagerström y pruebas psicológicas, cuando terminan se pasan con una Psicóloga y ella aplica una entrevista psicológica, lo que le ayudará a valorar al paciente, para saber si es candidato para entrar a terapia de grupo. Después se pasa con la trabajadora social y ella aplica el estudio socioeconómico y así determinará la cuota de recuperación a pagar por el paquete

de tratamiento (incluyen los exámenes médicos), posteriormente se elabora una ficha de identificación con sus datos personales y se le da la fecha de inicio de su tratamiento.

Características para entrar a tratamiento: El criterio de inclusión más importante es que el paciente quiera dejar de fumar, edad de 17 años en adelante, alfabetas y asistencia voluntaria. En cuanto a los criterios de exclusión, se requiere que no presenten padecimientos psiquiátricos con síntomas actuales, que no haya abuso en el consumo de alcohol y/o de otras sustancias ilícitas.

Investigaciones hechas: En el INER, la Clínica para dejar de fumar se dedica constantemente a la investigación de todo lo referente al tabaquismo, los estudios que se han hecho casi todos han sido llevados a cabo dentro del Instituto, en donde se han manejado grupos control, estudios ciego, dobleciego, etc. Es importante mencionar, que estas investigaciones son publicadas con el respaldo de importantes organizaciones como son la Secretaría de Salud, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, entre otras.

Material didáctico que se les da a los pacientes para que se puedan llevar a su casa: trípticos, folletos, autoregistros, recomendaciones para mantenerse en abstinencia, ejercicios de relajación, lista de dieta balanceada.

Número de personas que integran la terapia: Esta se da de manera grupal generalmente, pero si requiere terapia individual el paciente por no ser candidato para grupo se da si se acomoda al horario del terapeuta, el grupo terapéutico está conformado más ó menos entre 8 y 10 personas.

Que hacen con las personas que acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Los orienta una psicóloga sobre los beneficios de dejar de fumar, se les da una panorámica general del tabaquismo y sobre todo se les motiva y anima para que piensen en dejar de fumar.

Marco conceptual en que se basan dichos métodos: Desde el punto de vista psicológico, la terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia Racional Emotiva (TRE), ejercicios de relajación, relajación pulmonar con fantasía inducida. La intervención médica es, información general sobre tabaquismo: dependencia, abstinencia, epidemiología, enfermedades comunes, cambios metabólicos. La intervención farmacológica, Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN), como es el chicle (Nicorette) que se les da en el paquete del tratamiento y parche (Niquitin) que lo tienen que comprar.

Tratamientos utilizados con mayor éxito: Los tres tipos de terapia más exitosos son, la terapia Cognitivo-Conductual, TRE y la TRN.

Registro de los pacientes: Se hacen expedientes de cada uno, desde el momento en que se hace la entrevista psicológica.

Costo del tratamiento: Se determina por la trabajadora social, mediante un estudio socioeconómico.

Éxito del tratamiento: El éxito del tratamiento es del 98 % al término y al año es del 35%.

Estrategias para mantener al paciente en abstinencia: En primer lugar se les proporciona un folleto de recomendaciones acompañado de información por parte del terapeuta que se ve en la segunda y tercera sesión del tratamiento.

Reportes de los ex-fumadores sobre los beneficios de dejar el hábito tabáquico: Al final del tratamiento los pacientes reportan satisfacción completa, en cuanto a salud, vida, actitud positiva, muchos reportan haber podido dejar el cigarrillo gracias a las pláticas y sin necesidad de chicle o parche.

Consejos que se les dan a los pacientes al término del tratamiento para prevenir recaídas: Abandonar la situación que provoque deseos por fumar (sobremesa, fiestas, etc.), evitar bebidas alcohólicas y/o estimulantes, distracción, retrasar la realización de la conducta inadecuada (fumar), uso de la imaginación guiada, reestructuración cognitiva, autoinstrucción “solo por hoy no fumaré”, mantener manos y mente ocupadas y autorecompensa.

Programa para prevenir recaídas: Se les pide a los pacientes que estén en contacto continuo con el terapeuta y el tercer miércoles de cada mes se hace la reunión de ex-fumadores con duración de 90 minutos cada una de ellas, en donde se ofrece información sobre tabaquismo y se hace una dinámica de retroalimentación.

Seguimiento de los pacientes ex-fumadores: Se hace por vía telefónica, mensualmente, donde se les pregunta si continúan en abstinencia o si cayeron se les invita nuevamente a la Clínica a que reciban información. Solo hay atención de 8:00 a.m. a 14:00 p.m. y las sesiones de terapia son de Lunes y Jueves ó Martes y Viernes de 8:30 a.m. a 10:00 a.m. y 10:30 a.m. a 12:00 p.m.

Evaluación de los resultados de este tratamiento: Son evaluados a través de registros que se hacen en cada sesión, así como uno al final en donde se evalúa el tratamiento y al terapeuta, y a su vez se da retroalimentación, entre ambos.

Publicación de los resultados obtenidos: Estos son reportados y publicados periódicamente a la Secretaría de la Salud SSA, CONADIC, OPS y OMS, cuentan con una comprobación y validez científica. Finalmente es importante señalar que esta Clínica es la primera que se inauguró en México en 1977.

II.

Nombre de la Clínica o Institución: Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador.

Nombre de la persona que atendió: Dra. Aura Silva Valdez.

Cargo: Coordinadora General. Psiquiatra.

Ubicación: Av. Cuahutémoc 330 Col. Doctores, los teléfonos son: 56 27 60 00 ext. 2035, 57 61 48 67 fax y 56 64 20 79 ext. 2070. La atención es desde la 8:00 a.m. hasta las 6:00 p.m.

Estructura de la Clínica: Está constituida por el área de información al fumador, donde ahí se le explica el tratamiento, el área de terapia y múltiples departamentos para exámenes médicos y laboratorio.

Personas que aplican el tratamiento: Todos los que tengan que ver con el fumador desde todo tipo de médicos especialistas sobre todo en el aparato respiratorio (neumólogos, cardiólogos, nutriólogos, psiquiatras, enfermeras, urólogos, etc.) hasta la familia como la madre, hijos, pareja, hermanos.

Nivel de preparación de estos integrantes: Son de especialidades en el aparato respiratorio y salud mental.

Material didáctico que usan estos profesionales: Rotafolios, pizarrón, diapositivas, cuestionarios, registros y entrevista.

Características para entrar a tratamiento: Sólo necesita ser derechohabiente y/o beneficiario del IMSS y se necesita que llegue con deseos de fumar, sino no tiene caso que entre a tratamiento. Los criterios de exclusión son: ser paciente psiquiátrico, no se aceptan pacientes que no quieran dejar de fumar, e inclusión: que tenga por lo menos 2

años de duración de fumar con un consumo de 10 cigarrillos por día o su equivalente, aceptar participar voluntariamente en el programa.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente: Primeramente se anota en una lista, se le da cita, se le aplica la historia clínica, se le aplica un cuestionario médico y psicológico.

Número de personas que integran la terapia: Cuando se reúnen un mínimo de 6 pacientes se empieza con el tratamiento de preferencia 10 y como máximo 15 pacientes.

Intervención del médico: Se les solicita a todos los pacientes una serie de batería de estudios médicos básicos y al final se les dan los resultados de sus estudios con una valoración general.

Exámenes médicos: biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos (colesterol y dislipidemias), radiografía de tórax, papanicolau de capacidad respiratoria y si requiere otro estudio se le canaliza.

Material didáctico que se les da a los pacientes: Películas, folletos, cápsulas de colores, lemas, frases célebres, registros, autoregistros de número de cigarrillos al día y reflexión de porque lo hacen y al final del tratamiento se les da un diploma.

Duración de las sesiones: Duran una hora y media, son 2 sesiones por semana, son 8 sesiones en total todos los martes y viernes de 9:30 a.m. a 11:00 a.m.

Que hacen con las personas que acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Las canalizan a INER ó al Hospital General.

Marco conceptual en que se basan dichos métodos: Están basados en información general de tabaquismo, motivos psicológicos, técnicas conductuales, de tipo cognoscitivo, la relajación y la dinámica de grupos.

Estrategias utilizadas para reducir el hábito tabáquico: Básicamente decirles que hay horarios definidos de la terapia y ser puntuales, la psicodinámica de grupo, aumentar el autocontrol, se trabaja en grupo pero se hace énfasis en cada uno de los pacientes, se da retroalimentación y las técnicas de relajación. Se prescribe la terapia de reemplazo de nicotina TRN que son los chicles de nicotina, parches y enjuagues, pero sólo ocasionalmente, y en pacientes que son muy resistentes a dejar de fumar se les recomienda el Wellbutrin (descrito en el capítulo anterior).

Éxito del tratamiento: El éxito del tratamiento es del 80% al término del tratamiento, pero al año no se sabe porque no se ha hecho seguimiento e investigación.

Tratamientos utilizados con mayor éxito: Es debido a la información, las sugerencias (ventajas de dejar de fumar) y las técnicas de relajación (Jacobson, Eriksonianas y cassettes).

Registro de los pacientes: Se hacen expedientes de cada paciente, con todo lo que hace durante el tratamiento y el último día se le da una especie de diagnóstico, a nivel médico básicamente, se da en grupo.

Costo del tratamiento: El tratamiento es gratuito.

Seguimiento de los pacientes ex-fumadores: Al terminar el tratamiento se da un seguimiento para que acudan 3 veces más, después una vez al mes, luego a los 2 meses y finalmente a los 3 meses; ellos son los que hablan después de los 3 meses.

Reportes de los pacientes al terminar el tratamiento: Reportan que se sienten que han superado algo, más seguridad, contentos de dejar algo que no se podían liberar, adquieren seguridad en sí mismos.

Consejos para prevenir recaídas: Tomar 8 vasos de agua al día, mejorar su estilo para comer, hacer ejercicio (caminar 20 minutos diarios ó 4 veces por semana).

Programa para manejo de recaídas: No se maneja, porque se cambian de casa o porque no tienen tiempo, a veces los pacientes regresan porque recaen y necesitan una asesoría.

Reuniones de ex-fumadores: No se hacen, sin embargo, se reúnen fuera de la Clínica entre los pacientes, normalmente al mes y a veces a los 2 ó 3 meses.

Evaluación de los resultados de este tratamiento: Son evaluados por los que dejaron de fumar y los que lo dejaron pero no completamente.

Publicación de los resultados de este tratamiento: Actualmente no se cuenta con una validez científica del éxito del tratamiento, hace 2 años se publicó el éxito del tratamiento, pero no se ha hecho ninguna otra investigación.

III.

Nombre de la Clínica o Institución: La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo.

Nombre de la persona que atendió: Dr. Gonzalo Cano.

Cargo: Director General.

Ubicación: Cedro # 4 Colonia. Santa María La Ribera, Delegación Alvaro Obregón, despacho 108, teléfonos: 55 35 08 57, 55 91 11 61 y 55 91 11 83. El servicio esta de 8:00 a.m. hasta las 9:00 p.m.

Estructura de la Clínica: Esta constituía por un despacho de información y un área donde se imparte el curso (tratamiento), es importante señalar que dicha área, es la más grande de todas las clínicas o centros para dejar de fumar en la Ciudad de México.

Personas que aplican el curso: trabajadora social, medico general, 2 neumólogos, 1 psicólogo y 1 psiquiatra.

Nivel de preparación de estos integrantes: Es de acuerdo a su especialidad, está enfocado al tabaquismo.

Material didáctico que usan los profesionales para el curso: Volantes, 4 boletines sobre informes de tabaco, como está constituida la Clínica, las reglas para abandonar el tabaco, instructivo-guía para dejar de fumar en 5 días y documentos del triunfo de como lograrlo.

Características para entrar al curso (tratamiento): No se requieren características especiales para que entren los fumadores a tratamiento simplemente que quieran venir, no hay limite de edad, adultos mayores de 25 años y no importa el consumo de cigarros.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente a la Clínica: Se le da un volante promocional, la trabajadora social los anota y se les hace un registro con sus datos personales y ella les habla para cuando inicia el curso.

Intervención del médico: Se hace una historia clínica, se les ofrece un chequeo médico, pero no se exige como requisito, es a petición de la persona, se paga mas o menos \$13.00 por el chequeo general y \$18.00 por la radiografía, y solamente los pacientes que se les detecta complicación física se les manda al Hospital Juárez a hacerse exámenes médicos.

Exámenes médicos: Rayos X, pruebas funcionales, biometría hemática, espirometría, radiografías o según lo que necesiten.

Material didáctico que se les da a los paciente: Boletines informativos, volantes, copias, registros, trípticos y un reconocimiento.

Número de personas que integran la terapia: Los pacientes que conforman el curso terapéutico son de 20 a 24 y cada sesion dura 2 horas y dura 5 días.

Que hacen con las personas que acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se pasan con el médico y el psicólogo y se les habla

de los beneficios de dejar de fumar dándole también unos volantes para que los lean, en donde vienen las reglas de oro, sobre mejor salud, mejor sentido, mejor apetito, mejor capacidad respiratoria, cada vez menor peligro, ahorro de dinero, su olor agradable y como dejar de fumar, y se les dice que se les apoya con un refuerzo farmacológico como es el parche y/o Wellbutrín.

Marco conceptual en que se basan estos métodos: se basan en el Plan de 5 días de la Iglesia Adventista del Séptimo Día desarrollada en E.E.U.U y se ven 6 temas: 1) definición de tabaquismo, 2) motivaciones para fumar contra motivaciones para dejar de fumar y técnica de relajamiento, 3) Daños a la salud (películas), 4) Plan de 5 días para dejar de fumar y se repite la técnica de relajación, 5) Averiguar resultados, el psicólogo da una platica sobre la fuerza de voluntad y 6) evaluación de cuantos dejaron de fumar y constancia de participación.

Registros de los pacientes: Se hacen expedientes sólo de los pacientes que acuden con el médico.

Costo del tratamiento: El curso-tratamiento es gratuito.

Exito del tratamiento: El éxito de este tratamiento es del 60 % al término debido a que el otro 40 % no acepta el curso, no hace caso de los consejos y las tareas; y no se sabe el éxito al año.

Consejos para prevenir recaídas: Al término del curso recibe consejos del médico y trípticos para mantenerse en abstinencia como son: comer frutas y verduras, dieta balanceada, ejercicio, etc.

Reportes de los pacientes: Uno que otro reporta como le ha ayudado el curso, pero no se les pregunta.

Seguimientos: No se hacen.

Reuniones de ex-fumadores: Se reúnen el 31 de Mayo de cada año y se hace un ambigú.

Evaluación del tratamiento: Los resultados de este curso son evaluados a través del número de personas que dejan de fumar y por lo que reportan, (es importante señalar aquí que las personas que no dejan de fumar, repiten el curso).

Publicación del éxito del tratamiento: Se hacen informes a la Jurisdicción y el Comité que los hospicia con ayuda económica, no existen reportes ó publicaciones de dicho tratamiento con validez científica en el CONADIC u otra Institución de Salud solo la mencionada anteriormente.

IV.

Nombre de la Clínica o Institución: Instituto Nacional de Cancerología, Clínica de tabaquismo.

Nombre de la persona que atendió: Lic. Ana María Gutiérrez Chimal (Dra. Ma. Elma Correa Acevedo – Coordinadora de la Clínica)

Cargo: Psicóloga (suplente en coordinación de la clínica).

Ubicación: Av. San Fernando #22 Colonia Tlalpan, C.P. 14000 Delegación Tlalpan, Teléfonos: 56 55 10 35 y 56 28 04 00 ext. 668. El servicio se encuentra disponible de 8:00 a.m. hasta las 14:00 hrs.

Estructura de la Clínica: Esta constituida la Clínica por un despacho donde la secretaria da la información sobre el programa para dejar de fumar y una área para la terapia.

Personas que aplican el tratamiento: Una psicóloga, una trabajadora social, 1 médico neumólogo, y como servicio de apoyo nutrióloga, rehabilitación pulmonar, apoyo de enfermería, oncología, radiología, inhaloterapia, laboratorio y medicina interna.

Nivel de preparación que tienen estos integrantes: Es de acuerdo a su especialidad

Material didáctico que usan los profesionales en el tratamiento: Cuestionarios, autoregistros diarios de consumo de cigarrillos, dispositivos, acetatos, estudios clínicos médicos y entrevista psicológica.

Características que deben tener los pacientes para entrar al tratamiento: que quieran dejar de fumar, que no tengan otra adicción, a partir de los 17 años pueden entrar y que sepan leer y escribir de preferencia.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente: Se le da un folleto de información del tratamiento, en donde se explica la parte psicológica y médica, se le aplica la entrevista psicológica, se pasa a trabajo social y se hace un estudio socioeconómico, estudios médicos al mismo tiempo que se da la terapia, se aplica el fargestrom, se le hace una valoración.

Intervención del médico: Aplica historia clínica médica, una exploración física, se hace un diagnóstico y se hace una intervención temprana al cáncer.

Exámenes médicos: radiografía de tórax, electrocardiograma, determinación del Colesterol, detección temprana del cáncer de pulmón, espirometría y exploración física (evaluación de signos vitales).

Material didáctico que se les da a los pacientes: Información de apoyo médico y psicológico en trípticos, que es la adicción al tabaquismo, cuales son los síntomas del síndrome de abstinencia, recomendaciones de mantenimiento y cuestionarios.

Personas que conforman la terapia: El grupo terapéutico está conformado entre 10 y 12 personas.

Duración: Las sesiones son 2 veces por semana, en total son 12 sesiones (6 semanas) de una hora y media a 2 horas.

Que hacen con las personas acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se les da información sobre los daños del tabaco y si esto no presenta impacto en el paciente no tiene caso que entre.

Marco conceptual en que se basan los métodos que usan: Son el cognitivo-conductual, la entrevista psicológica y médica, se basan en el método del INER y sistémica familiar, toma de conciencia de conductas que antes no eran reflexivas. La terapia de reemplazo de nicotina, como lo es los parches Niqúitin e Inhalador Nicorette, solo en algunos pacientes se les recomienda el Wellbutrin, de acuerdo a su nivel de adicción y si están en quimioterapia no se recomienda.

Estrategias con mayor éxito: En primer lugar por la terapia psicológica (Cognitivo-conductual) y la parte médica.

Registros de los pacientes: Se hacen expedientes de cada paciente integrando todos los estudios, que al final del tratamiento se dan los resultados, dando un diagnóstico.

Costo del tratamiento: Depende del estudio socioeconómico.

Estrategias para mantener al paciente en abstinencia: Información sobre daños a la salud, seguimientos y el sustituto de la nicotina.

Reportes de los ex-fumadores: reportan que forman una toma de conciencia, convicción y reflexión, están muy agradecidos y hacen amistad entre ellos.

Consejos que les dan a los pacientes al término del tratamiento para prevenir recaídas: Se les habla de los factores de riesgo a nivel psicosocial, publicidad, conflictos interpersonales.

Programa de manejo de recaídas: No tienen, esta en proceso, se esta investigando los factores de riesgo más importantes.

Reuniones de ex-fumadores: Existe un Club de ex-fumadores.

Seguimiento: Se hace una vez al mes, por vía telefónica, para ver si están en abstinencia y si han tenido recaídas se pregunta porque y se les invita asistir a volver al Instituto.

Éxito del tratamiento: Es del 60 % al término y no se sabe al año.

Publicación del éxito del tratamiento: Los reportes de estas evaluaciones se hacen cada 6 meses y una anual (todavía no esta lista), debido a que todavía no cumple un año la Clínica. Estos reportes los tiene el CONADIC se ha escrito sobre control de adicciones.

Investigaciones hechas: Este Instituto hace investigación en la detección temprana en cáncer y el tratamiento, apenas se inicio esta investigación.

V.

Nombre de la Clínica o Institución: Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco.

Nombre de la persona que atendió: Dr. Nicolás Chavaje Martínez (Psic. Ma. Angélica Ocampo).

Cargo: Coordinador General de la Clínica.

Ubicación: Calle Sur # 116, consultorio 401, esquina Av. Observatorio Colonia. Las Américas, Delegación Alvaro Obregón, teléfonos: 52 94 53 67, 52 30 81 91, 56 89 13 67, 52 72 25 26 y 52 72 36 98. El servicio se encuentra disponible de 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m.

Estructura de la Clínica: Esta constituida por la recepción donde se dan folletos e información de la Clínica, una sala de espera, el despacho del Dr. Chavaje, un área de terapia y diferentes zonas dentro del hospital donde se aplican los exámenes médicos.

Personas que aplican el tratamiento: Un médico neumólogo, médicos especialistas externos (fuera de la Clínica pero dentro del Hospital) gastroenterólogo, medicina general, cardiólogo, nutriólogo, otorrinolaringólogo, psicólogo y enfermeras.

Nivel de preparación que tienen estos integrantes: Especialidad en neumología aplicada al tabaquismo, psicóloga especialidad en adicción al tabaco, y los demás médicos son especialistas en su área.

Material didáctico que usan estos profesionales: Cuestionarios, un libro de información, pláticas informativas con transparencias, folletos y registros.

Características para entrar al tratamiento: Se necesita que quieran dejar de fumar, que tengan recursos económicos, no se aceptan pacientes psiquiátricos, no se aceptan pacientes adictos a otras drogas.

Procedimiento a seguir cuando llegan los pacientes a la Clínica: Es darles información general del tratamiento, hacerles una entrevista psicológica y que paguen.

Intervención del médico: Se les da una plática informativa sobre el daños a la salud que provoca el tabaco con diapositivas, plática sobre el tratamiento farmacológico, los beneficios de dejar de fumar, información sobre los problemas de dejar de fumar, información sobre el síndrome de abstinencia y se hace una evaluación médica.

Exámenes médicos: Teletórax, espirometría, oximetría, exámenes de cotinina, sangre y si requiere el paciente una evaluación médica más profunda o bien de otros exámenes médicos se le canaliza a la especialidad pertinente en el mismo hospital.

Material didáctico que se les da a los pacientes: Cuestionarios, trípticos, folletos y autoregistros.

Personas que conforman la terapia: Se da terapia grupal e individual en algunos casos, el grupo terapéutico está conformado de 6 a 12 personas.

Duración: las sesiones tienen una duración de 2 horas, son 8 sesiones, con 2 veces a la semana. Primero lunes y jueves y las luego las últimas 2 sesiones solo jueves. En total son 10 sesiones de terapia.

Que hacen con las personas acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se les da un folleto para que lo lean y si no quieren dejar de fumar, se les pide que regresen cuando quieran dejar de fumar.

Marco conceptual en que se basan los métodos que utilizan: Se basan en un marco cognitivo conductual dirigido por la psicóloga y otra parte más pequeña se enfoca a la información médica.

Estrategias para reducir el hábito tabáquico: Son el Conductual, la información de la dependencia psicológica, médica y farmacológica. Se utiliza la TRN en todos los pacientes como son los parches y chicles de nicotina y en algunos pacientes se recomienda el Wellbutrin.

Métodos con mayor éxito: Se describe de mayor a menor de la siguiente manera: terapia conductual, cognitivo, información sobre tabaquismo y los sustitutos de nicotina.

Registros de los pacientes: Se hacen expedientes de los pacientes solo se guardan la historia clínica y la entrevista psicológica.

Costo del tratamiento: Es de \$3,500.00.

Exito del tratamiento: Es entre el 90 y 100 % al término, a los 6 meses el 40 % recaen y al año entre el 60 y 70 % recaen.

Estrategias usadas para mantener al paciente en abstinencia: Son las pláticas a lo largo de la terapia, consejos, los parches y chicles.

Reportes de los pacientes ex-fumadores: Reportan sentirse bien, huelen bien y completa satisfacción.

Consejos al término del tratamiento: Se les indica que deben de comer bien, que tomen mucha agua, evitar personas o lugares que le recuerden fumar, hacer ejercicio, etc.

Programa para prevenir recaídas: Esta clínica no cuenta con un programa para manejo de recaídas.

Seguimiento: Al término del tratamiento se hace un seguimiento telefónico a lo largo de un mes.

Reuniones de ex-fumadores: Se hace una reunión de ex-fumadores una sola vez al mes.

Evaluación de los resultados del tratamiento: Se evalúan de acuerdo a lo que reportan los pacientes, reportando satisfacción total.

Publicación del éxito del tratamiento: La clínica libérate del tabaco no cuenta con una publicación con validez científica del éxito de su tratamiento, no hacen reportes para ninguna institución de salud y no se hace investigación.

VI.

Nombre de la Clínica o Institución: Instituto Politécnico Nacional IPN, División de Orientación Juvenil, Clínica de Tabaquismo del IPN.

Nombre de la persona que atendió: Dra. Rosalía Rodríguez Cuevas.

Cargo: Asesora de la División de Orientación Juvenil.

Ubicación: Miguel Bernard s/n, esquina Othón de mendizabal Colonia. La escalera, Unidad Profesional “Adolfo López Mateos”, edificio de la secretaria Técnica, 2º piso, Delegación Gustavo A. Madero, teléfonos: 57 29 60 00 ext. 51847, 57 29 60 00 ext. 51843, 56 06 77 08 y 52 03 84 18. El servicio se encuentra disponible de 8:00 a.m. hasta las 9:00 p.m.

Estructura de la Clínica: Esta constituida por un despacho de información del tratamiento y fuera del edificio se cuenta con departamentos auxiliares para el tratamiento. La atención que se da cuenta con 3 niveles: 1) preparación y tratamiento, 2) en clínicas u hospitales-laboratorios y 3) especialidades.

Personas que aplican el tratamiento: Psicólogos (hipnólogos), médicos, nutriólogos, etc.

Nivel de preparación: Los 5 psicólogos cuentan con una capacitación especial en tabaquismo en el INER.

Material que usan estos profesionales: Diapositivas, acetatos, folletos, trípticos, videos, rotafolios y carteles.

Características para entrar al tratamiento: Lo que se necesita para entrar al tratamiento es que sean estudiantes del IPN, maestros, personal, personal externo canalizado, mayores de 18 años, que no presenten enfermedades psiquiátricas.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente: Hacerle una entrevista inicial, una valoración psicológica, un estudio socioeconómico y se le da fecha de inicio para las sesiones. Para implantar este tratamiento si se utilizó un grupo control y de investigación.

Intervención del médico: Consta de 2 ó 3 etapas, se aplica una historia clínica general, dentro de las sesiones se les explican las técnicas de respiración, solicitud de exámenes médicos.

Exámenes médicos: Biometría hemática, orina, espirometría, estudios de sangre, radiografía de tórax, electrocardiograma y si se requiere un estudio especializados se canaliza al INER, Hospital Gea González, ISSSTE ó IMSS.

Material didáctico que se les da a los pacientes: Trípticos, folletos, recomendaciones para mantenerse sin fumar, carteles ó pósters, registros, cuestionarios, autoregistro y autoevaluación.

Número de personas que conforman la terapia: Se da terapia individual sólo en algunos casos, pero normalmente es grupal y consta de 6 a 10 pacientes.

Duración: Acuden 1 vez a la semana, la sesión dura 1 hora y media y son 10 sesiones en total.

Que hacen con las personas acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se encuentran en la etapa de precontemplación y se les da información sobre las diferentes fases y tabaquismo.

Marco conceptual en que se basan los métodos que usan: Son los mismos que usa el INER Cognitivo-Conductual y las técnicas de relajación.

Estrategias para reducir el hábito tabáquico: La hipnosis (hipnoterapia), manejo de control, ansiedad, actualmente se está implantando el método de acupuntura y homeopatía, en cuanto a la adicción física se usa la TRN usando chicles con dosis homeopáticas con nicotina y parches; solo en algunos pacientes se recomienda el bupropión (descrito en el capítulo anterior).

Estrategias con mayor éxito: El éxito de este tratamiento es en gran parte debido a la terapia Cognitivo-Conductual y la hipnosis.

Registro de los pacientes: Se hace expedientes de cada paciente guardando todos sus actividades, asistencia y registros.

Costo del tratamiento: El tratamiento es gratuito, solo se tiene que pagar una cuota de recuperación al personal como el nutriólogo \$10.00 la consulta.

Éxito del tratamiento: Es del 70 %, no se sabe al año porque no tiene mucho de haberse inaugurado.

Estrategias que se usan para mantener al paciente en abstinencia: los chicles, folleto de recomendaciones, la vigilancia por los estudios médicos y el que llamen por teléfono.

Reportes de los pacientes ex-fumadores: Reportan beneficios en la salud, en su vida, con su familia, etc.

Consejos que se dan para prevenir recaídas: Es que hagan ejercicio, tomar mucha agua, respiraciones, llamar por teléfono a la Clínica.

Programa para prevenir recaídas: No se cuenta con un programa para manejo de recaídas.

Seguimiento: Se hace en cada facultad de las escuelas de los alumnos en su archivo académico.

Reuniones de ex-fumadores: No se hacen.

Evaluación de los resultados del tratamiento: Se evalúan por lo que reportan los estudiantes, estos son buenos en cuestión de prevención.

Publicación del éxito del tratamiento: No existen reportes de la efectividad de este tratamiento, pero si a nivel de prevención.

Investigación: Los programas que se utilizan actualmente tienen un diseño experimental y de investigación, que se han tomado del INER, hipnosis del Instituto de Investigación Milton H Erickson y la Escuela Superior de Medicina Homeopática y acupuntura.

VII.

Nombre de la Clínica o Institución: Hospital General de México (SSA), Clínica Contra el Tabaquismo.

Nombre de la persona que atendió: Psic. Eduardo Cuevas (Psic. Ma. Angélica Ocampo).

Cargo: Psicólogo.

Ubicación: Dr. Balmis #148 Colonia Doctores, delegación Cuahutémoc, teléfono: 55 78 43 72. El servicio se encuentra disponible de 8:00 a.m. hasta las 18:00 p.m.

Estructura de la Clínica: Está constituida por la recepción, donde se orienta e informa a los pacientes, sala de espera, un consultorio de psicología y distintas áreas de atención al fumador al rededor del hospital, para exámenes médicos.

Personas que aplican el tratamiento: Psicólogos, 1 coordinador que es psicóloga, 2 o 3 estudiantes de psicología que son observadores, 1 psicólogo auxiliar que toma los datos, médico neumólogo, 6 enfermeras (4 fijas y 2 de rotación), nutriólogo y se cuenta con médicos de todas las especialidades.

Nivel de preparación: 2 doctores con especialidad en tabaco (doctorado), 1 psicóloga con especialidad en tabaco y adicciones.

Material didáctico que usan estos profesionales: Autoregistros (línea base-seguimiento), folletos, trípticos, pósters y recomendaciones.

Características para entrar a tratamiento: Que sea fumador de 1 a 60 cigarros al día, si presentan alguna alteración psiquiátrica solo con tratamiento y se hace otro tipo de valoración, no se aceptan con deficiencia mental, que tomen decisión, que estén motivados, mayores de 14 años, no hay edad limite y quieran dejar de fumar.

Procedimiento a seguir cuando los pacientes llegan a la clínica: Se les da informes y orientación sobre en que consiste el programa de la Clínica, se explica la parte médica y psicológica, pasa a trabajo social y se hace un estudio socioeconómico, se determina el costo del tratamiento (cuota de recuperación), un psicólogo aplica una entrevista psicológica y se aplican pruebas psicológicas (zung, idare, grambligh, fargestrom, cuestionario de motivos de consumo y barsit), se saca el perfil, se evalúa como se

encuentra psicológicamente, se aplican estudios médicos, pasa con el neumólogo; la parte psicológica y la parte médica es conjunta en el tratamiento.

Intervención del médico en el proceso para dejar de fumar: Es sobre todo sensibilizar a los pacientes.

Exámenes Médicos: Se les hace exámenes de placas de tórax (frontal y perfil), electrocardiograma, pruebas funcionales, espirometría, cargowash (estudio de flemas, papanicolau de garganta) y estudio de sangre.

Material didáctico que le dan a los pacientes: Autoregistros, folletos, papelería (consejos), trípticos y un cuento.

Número de personas que conforman la terapia: Aquí se da terapia individual si lo requiere el paciente o terapia grupal generalmente, el grupo terapéutico está conformado por 12 pacientes normalmente, pero varía entre 8 y 15 máximo.

Duración: Acuden 2 veces por semana, 1 hora y media dura cada sesión, durante 4 semanas (1 mes), dando un total de 8 sesiones.

Que hacen con las personas acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se les motiva por parte de la primera persona que atiende al paciente, se informa sobre lo que pasa cuando fuma, que pasa cuando deja el cigarro, los riesgos a la salud y las probabilidades de éxito.

Marco conceptual en que se basan sus métodos: Es la terapia Cognitivo-Conductual, Gestalt y programación neurolingüística.

Estrategias que usan para reducir el hábito tabáquico: Al entrar al tratamiento se deja que fumen lo que quieran, 3 sesiones son libres, no hay una reducción del hábito sino que es una suspensión abrupta, luego se les da una fecha para dejar de fumar ni un solo cigarrillo y si son altamente adictos a la nicotina se les da una TRN recomendándoles chicle de nicotina Nicorette, parches Niqütin, Inhalador Nicorette y a veces se usa el Wellbutrín, esto es con el fin de disminuir el síndrome de abstinencia que produce la nicotina; sin embargo, preferentemente no se les da, solo en casos muy fuertes de acuerdo a la valoración médica.

Estrategias con mayor éxito: Primeramente por la terapia psicológica Cognitivo-Conductual, la parte médica (TRN) y la plática de nutrición. Si se hacen expedientes de cada paciente anexando sus exámenes clínicos.

Costo del tratamiento: Depende de la clasificación de trabajo social, lo menos son \$90.00 y lo máximo son \$750.00.

Éxito del tratamiento: Es del 100 % y al año es del 98 %, duran de 8 a 15 años sin fumar.

Estrategias que se usan para mantener al paciente en abstinencia: Recomendarles que si fuman aunque sea una sola inhalada, eso puede significar un inicio de fumar, tratar de mantenerse sin fumar en por lo menos 6 meses, evitar aquellas situaciones en las que recuerde el fumar y cada que tengan deseos de fumar que vean qué sentimiento presentan y que lo sepan reconocer.

Reportes de los pacientes ex-fumadores: Reportan mejoría de salud, emocional, a nivel de calidad de vida, cambios en la piel y rostro.

Consejos que se les dan al término del tratamiento para prevenir recaídas: Que recuerden los ejercicios que se hicieron dentro de la terapia y los practiquen y se les dan recomendaciones por escrito de que actividades hacer, tomar agua, hacer ejercicio, etc.

Programa de manejo de recaídas: Se detecta la recaída por el seguimiento telefónico, se le invita al paciente a tomar terapia individual (se da psicoterapia breve o son 8 sesiones)

y la terapia va encaminada a la estructura emocional del paciente y se le hace ver que no es un fracaso sino un proceso de aprendizaje.

Seguimiento de los pacientes ex-fumadores: Se hace cada trimestre y son 4 seguimientos anuales.

Reuniones de ex-fumadores: Existe un club de ex-fumadores que se reúnen cada trimestre con duración de 2 a 2 horas y media en donde se reúnen todos los grupos.

Evaluación de los resultados del tratamiento: Son evaluados cualitativamente a través del tiempo de abstinencia de los pacientes, se hacen pruebas médicas cada 6 meses y seguimiento.

Publicación del éxito del tratamiento: Actualmente no se cuenta con una validación científica que respalde el éxito de este tratamiento, la última publicación que se hizo fue en 1995 y la tiene el CONADIC.

Investigación: En este hospital y en la Clínica en particular se hace investigación experimental utilizando diseño AB, grupo control, doble ciego, ciego, con tratamiento.

VIII.

Nombre de la Clínica o Institución: Revista Liberaddictus (consultorio para dejar de fumar).

Nombre de la persona que atendió: Dr. Julio Hernández (Dr. Humberto Brocca).

Cargo: Director General.

Ubicación: Calle 23 # 15 Colonia San Pedro de los Pinos, teléfonos 55 98 84 67 y 55 98 86 47 fax. El servicio se encuentra disponible de 9:00 a.m. hasta las 6:00 p.m.

Estructura de la Institución: Esta constituida por una oficina de información sobre la revista y la investigación en cuanto a las adicciones. Una sala de juntas y varios consultorios (No es Clínica).

Personas que aplican el tratamiento: son 2 doctores, 1 médico acupunturista y 1 psicólogo.

Nivel de preparación que tiene estos integrantes: Especialidad en medicina acupunturista en adicciones y psicoterapia en adicciones.

Material didáctico que usan estos profesionales: Son revistas con información en adicciones y agujas con elementos acupunturistas y hierbas.

Características para entrar a dicho tratamiento: Es primeramente que quieran dejar de fumar, no se aceptan pacientes psicóticos, no requieren hospitalización si son pacientes psiquiátricos se mandan al hospital Español.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente: Se hace una preconsulta, se aplica la historia Clínica, sacando un diagnóstico individual y familiar, se manda a que se haga unos estudios.

Intervención del médico: Se encarga de hacer una evaluación médica, da el tratamiento y continua con el seguimiento.

Exámenes médicos: Estudios de laboratorio, estudios de orina, 2 de sangre, tórax, biometría y química sanguínea (se los tienen que hacer en un laboratorio particular porque no se cuenta con laboratorios).

Material didáctico que le dan a los pacientes: Artículos e información del acupunturismo, folletos y se venden revistas.

Número de personas que conforman la terapia: Varía, no hay un rango y también se da terapia individual y familiar.

Duración: 3 meses, familiar una hora y media, individual de 50 a 60 minutos y el tratamiento con las agujas (auriculopuntura) de 30 a 90 minutos.

Que hacen con las personas que acuden al consultorio para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se da una revista para que la lean (acupunturismo) y se explica que con ese método se trabaja.

Marco Conceptual en que se basan sus métodos: Acupunturismo, medicina china, Terapia Cognitivo-Conductual, Gestalt, Terapia Racional Emotiva.

Estrategias para reducir el hábito tabáquico: auriculopunturismo, elementos de la loboterapia (terapia por electrodos en el cerebro), Terapia cognitivo-conductual, TRE, medicina china y medicina naturista.

Estrategias con mayor éxito: Acupunturismo, terapia familiar con corte sistémico, terapia Cognitivo-Conductual, TRE y medicina naturista.

Registro de los pacientes: Se hacen expedientes con los resultados de todas sus pruebas.

Costo del tratamiento: depende del estudio socioeconómico.

Exito del tratamiento: Es del 99 y 100 % al término y del 40 ó 60% a los 6 meses, debido a que todavía no cumple un año este tratamiento.

Estrategias con mayor éxito: Acupunturismo, terapia Cognitivo-Conductual y las formulas herbolarias.

Estrategias para mantener al paciente en abstinencia: La acupuntura y la terapia Cognitivo-Conductual.

Reportes de los pacientes ex-fumadores: Se sienten mas ligeros, menos cargas emocionales, tranquilos y relajados.

Consejos para prevenir recaídas: La manutención del grupo y las formulas herbolarias.

Programa para manejo de recaídas: No se cuenta con él.

Seguimiento: Se hace telefónicamente, para invitarlos a las reuniones.

Reuniones de ex-fumadores: Se les considera ex-adictos y se reúnen cada 3 meses.

Evaluación del éxito del tratamiento: Por lo que reportan los pacientes.

Publicación del éxito del tratamiento: No hay ninguna publicación.

Investigación: No se hace, solo de reportajes de testimonios de los pacientes y de los avances de erradicar el tabaquismo.

IX.

Nombre de la Clinica o Institución: Centro de Tratamiento Contra el Tabaco “Al fin Libre”

Nombre de la persona que atendió: Lic. Dora Alicia Murga Delgado.

Cargo: Directora General.

Ubicación: Av. Alvaro Obregón #237, despacho 201, Colonia Roma, C.P 06700 teléfonos: 55 64 34 14 fax 52 07 15 69, e-mail: alfinlibre@yahoo.com, Web: www.g_networks.net/alfinlibre/. Horario de atención de 9:00 a.m. hasta 6:00 p.m.

Estructura de la Institución: Está constituida por un despacho de información, sala de espera, despacho de entrevista y el área donde se imparte el curso.

Persona(s) que aplican el tratamiento: Unicamente la Lic. Dora.

Nivel de preparación: Diplomado en Adicciones en Monte Fénix por 14 años.

Material didáctico que usa: Se basa en un cuadernito en donde se ve metodología, se ven conceptos, autoestima, calidad, técnicas de relajación.

Características para entrar al tratamiento: Que sean alfabetas, querer dejar de fumar, no consumir otro tipo de drogas o antidepresivos, no importa edad, ni nivel sociocultural, se

divide por ejecutivos y obreros por el nivel que tienen porque se pueden homogeneizar, en cuanto a edad también se divide.

Procedimiento a seguir cuando llega el participante: La gente que acude es recomendada, por folletos que repartimos, por las conferencias que obsequiamos a las empresas y por el anuncio que está afuera del Centro, se les informa en que consiste el curso de apoyo, la terapia que se aplica, duración, costo y se hace gran énfasis en nuestra filosofía “dejar de fumar sin angustia”.

Intervención del médico: No hay atención médica, ni exámenes médicos de ningún tipo, porque no se considera necesaria, cuando hay una enfermedad pulmonar no se detecta hasta que ya esté más avanzada, nos preocupamos por su estima, no se les infunde miedo con información de enfermedades relacionadas al tabaquismo, se limpia la sangre a través de vitaminas V12, vitamina C y jalea real, no se da Terapia de Reemplazo de Nicotina, no antidepresivos, estos pacientes son libres de hábitos negativos.

Material didáctico que se le dan a los pacientes: técnicas de respiración, actividades cognitivo-conductuales, y al final del curso se les dan unos artículos amarillistas de “todo lo que te salvaste”.

Número de personas que conforman el curso: Se da terapia individual y grupal, normalmente son 8 personas y como máximo son 13 personas.

Duración: 8 sesiones en total, asistiendo una sola vez por semana, con una duración aproximada de 3 horas por sesión. Los horarios del mismo se adaptan a las necesidades de los fumadores participantes, al igual que la fecha de iniciación.

Que hacen con las personas que acuden a la Institución para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se le platica, se le motiva, no se utiliza el que tiene que dejar de fumar, ni debe de, que conozca la metodología de al fin libre, por medio de una conferencia que se da.

Marco conceptual en que se basan sus métodos: Información, tareas, que el fumador deje el cigarro en el cenicero, que enfrente la frustración de los cigarrillos, romper con las asociaciones psicológicas, mensajes subliminales, técnicas de relajación.

Estrategias con mayor éxito: Técnicas especializadas en infiltrarse a nivel subconsciente, a través de mensajes subliminales logrando reprogramar la información existente, fortalecer la autovalía y las técnicas de relajación.

Registros de los participantes: Se hacen expedientes de cada participante incluyendo desde su historia clínica, todas las tareas, ejercicios y registros llevados a cabo en el curso.

Costo del curso: \$3, 000.00 por cada 10 personas se ofrece una beca completa a una persona.

Éxito del tratamiento: Al término es del 80, 90 y 100 % y al año 70 %

Estrategias para mantener al participante en abstinencia: Se mantiene sin fumar gracias a su esfuerzo, nosotros lo motivamos.

Reportes de los ex-fumadores: Reportan buena salud, buen estado anímico, y bienestar general.

Programa y Consejos para prevenir recaídas: Se diseñó un curso de seguimiento de 4 sesiones, es a los 3 meses de haber dejado de fumar y próximamente se va a abrir el primer grupo de fumadores anónimos, que sería una sesión a la semana y estará abierta a todo el público. No hay recaídas físicas porque el nivel de nicotina es tan baja que no hay, la reincidencia es psicológica, si el participante lo desea puede volver a tomar el curso,

Seguimiento: Es telefónico a partir de los 3 meses o menos.

Reuniones de ex-fumadores: Se hace anualmente, a finales de año.

Evaluación de los resultados del tratamiento: Por un concurso que se hace de cartas "adiós al tabaco", ahí nos dicen que tanto les ayudó el curso.

Publicación: No existe publicación con validez científica del éxito de dicho curso.

Investigación: No se hace.

X.

Nombre de la Clínica o Institución: Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez", Clínica Contra el Tabaquismo.

Nombre de la persona que atendió: Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez.

Cargo: Coordinadora de la Clínica.

Ubicación: Calzada de Tlalpan # 4800, 2º piso, Colonia Toriello Guerra, Tlalpan, teléfonos: 56 65 55 65 y 56 65 35 11.

Estructura de la Clínica: Está constituida por un la recepción, área de terapia y distintas áreas de laboratorios.

Personas que aplican el tratamiento: 2 psicólogas, 1 medico, 1 neumólogo, 1 cardiólogo, 1 psiquiatra, 1 odontólogo, 1 cuerpo de apoyo (pasante en comunicación social, 1 pasante de biología, 1 secretaria, 1 trabajadora social y enfermeras). Horario de atención de 8:30 a.m. a hasta 15:00 p.m.

Preparación de estos integrantes: Psicólogas con especialidad en terapia de grupo con adicciones, médico con maestría en ciencias, y especialidad de cada médico.

Material didáctico que usan estos profesionales: Trípticos, dípticos, carteles, videos, diapositivas, mediciones con escalas de depresión, platicas educativas con copias.

Características para entrar a tratamiento: Que quieran dejar de fumar, se acepta cuando su médico manda al paciente, no pacientes psiquiátricos graves y que no tengan otra adicción.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente: Lo recibe una psicóloga que ella es el filtro de los pacientes, le hace una entrevista se aplica su historia clínica familiar, se evalúa su estadio mental actual, se aplica test de motivación, escala de fargestrom, se hace un estudio socioeconómico, se le asigna un grupo, son grupos de autoayuda, se les lee el reglamento, firman una carta compromiso, se les explica como está estructurado el programa, se les explica el aspecto médico y la TRN si lo necesitan.

Intervención del médico: Planeación de sesiones, platica de prevención, se lleva un control estricto de los síntomas adversos, dosificación y protocolos clínicos.

Exámenes médicos: pruebas de cotinina en orina, toma al principio y al ultimo del tratamiento o cuando se considera necesario, diagnóstico bucal para evitar leucoplaxias, cáncer en la boca y evitar el avance de la enfermedad periodontal, electrocardiograma, catastrotoxásico, examen de sangre, colesterol, obesidad, espirometría y terapia física.

Material didáctico que se les da a los pacientes: Cuadernillo que compila todo el material visto en el tratamiento, dietas para reportar, diarios, hojas de registro de cigarrillos, mediciones con escalas de depresión y escala de estado de salud.

Número de personas que integran el tratamiento: En promedio de 8 a 12 personas, también se les apoya individualmente si así lo requieren.

Duración: De 9:00 a.m. a 10:30 a.m. 2 veces por semana, durante 1 mes y medio.

Que hacen con las personas que acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se les habla de los beneficios que les brinda el tratamiento y se les pide que lean unos trípticos.

Marco conceptual en que se basan los métodos que usan: Terapia Cognitivo-Conductual, dependencia física y psicológica.

Estrategias para reducir el hábito tabáquico: Información-pláticas, estudios médicos, la evaluación física y psicológica del paciente, estrategias de comunicación de síntomas y pensamientos irracionales reportados, terapia cognitivo-conductual y TRN (Inhalador y chicle Nicorette y como antidepresivo en algunos fumadores severos el Wellbutrin o bupropión).

Estrategias con mayor éxito: La terapia cognitivo-conductual, las pláticas informativas, exámenes médicos y la TRN.

Registros de los pacientes: Se hace de cada uno, archivando toda su documentación.

Costo: Es dependiendo del estudio socioeconómico, la cuota es baja, lo menos son \$90.00 y lo máximo son \$250.00

Exito del tratamiento: Es del 90 al 95 % al término y al año es del 45 %

Estrategias para mantener al paciente en abstinencia: terapia cognitivo-conductual, apoyo individual y grupal, la TRN y el Wellbutrin.

Reportes de los pacientes ex-fumadores: bienestar en su estado de salud, su autoestima se incrementa, sus relaciones con su pareja, con compañeros de trabajo, amigos, su arreglo personal es más motivado.

Consejos para prevenir recaídas: Que aprendan el concepto de lo que es una recaída, que gana conciencia de esto, reconocer cuando es una caída y cuando es una recaída, ejercicios de relajación y reconocer cual es su pensamiento.

Programa para manejo de recaídas: Consiste en hablarles por teléfono y si lo requieren darles asesoría y apoyo.

Seguimiento: Se hace llamadas mensuales, saber como se encuentran.

Reuniones de ex-fumadores: Dentro del seguimiento se les invita a las reuniones y se llevan a cabo mensualmente.

Evaluación de los resultados: En base a la prueba de orina y una prueba psicológica.

Publicación: Se hacen reportes de la efectividad de este tratamiento trimestralmente, con ciertos parámetros del CONADIC, a manera de prevención, tratamiento y rehabilitación en formatos.

Investigación: Si se hace usando protocolos clínicos, investigación experimental, etc.

XI.

Nombre de la Clínica o Institución: Médica Sur, Clínica Contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador.

Nombre de la persona que atendió: Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco.

Cargo: Coordinadora General de la Clínica.

Ubicación: Calle Puente de Piedra # 150 Colonia Toriello Guerra, Tlalpan 14050, teléfono: 54 24 72 46. Horario de atención: de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 20:00 horas y sábados de 8:00 a.m. a 14:00 p.m.

Estructura de la Clínica: Esta constituida por la recepción donde está una secretaria que da la información general sobre el programa de la Clínica, una sala de espera, despacho de la Dra. Gutiérrez, área de terapia y distintas áreas de estudios médicos.

Personas que aplican el tratamiento: 1 médico, 1 psicóloga, 1 nutriólogo, 1 cardiólogo, 1 neumólogo, se cuenta con la asistencia de médicos especialistas y enfermeras. (fuera de la Clínica, pero dentro del hospital).

Preparación de estos integrantes: El médico y psicóloga preparación en adicción al tabaquismo y los demás integrantes especialidad en su área.

Material didáctico que usan estos integrantes: Entrevista psicológica, registros, diapositivas, folletos, historia clínica, copias, etc.

Características para entrar a tratamiento: No paciente psiquiátrico, no adicto a otras drogas, que tengan los recursos para pagar el tratamiento.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente: En la recepción, la secretaria les da la información del tratamiento, se pasa con la psicóloga a que le haga la entrevista psicológica y ella evalúa al paciente para ver si entra, el médico le hace la historia clínica, se le manda a hacer un paquete de exámenes médicos, se le hace una valoración médica, se manda a que pague el tratamiento y se da fecha de inicio del tratamiento.

Intervención del médico en el proceso para dejar de fumar: Se aplica la historia clínica, se le da cita para exámenes médicos y se hace una valoración médica dando un diagnóstico, también a lo largo de la terapia se dan pláticas sobre información del tabaquismo, (síntomas, consecuencias, daños a la salud y en cuanto a la mujer y el embarazo) manejo farmacológico y se maneja un programa complementario de Rehabilitación pulmonar integral e inhaloterapia para el manejo de secuelas respiratorias causadas por el hábito al tabaco, está diseñado de manera individual para integrar las necesidades específicas de cada uno de los pacientes a través de distintas terapias, ejercicios, entrenamiento de músculos respiratorios, educación y apoyo.

Exámenes médicos: Radiografía de tórax, electrocardiograma, exámenes de laboratorio, medición de monóxido de carbono y de oxigenación en la sangre, rehabilitación pulmonar (terapia física respiratoria, técnicas de relajación, técnicas de terapia ocupacional y en aquellos pacientes que así lo requieran se efectuarán pruebas de tolerancia al ejercicio) e Inhaloterapia (con equipos tales como la aerosolterapia, presión positiva, oxigenoterapia y fisioterapia) si lo requiere el paciente.

Material didáctico que se le da a los pacientes: Registros, folletos y boletines informativos.

Número de pacientes que conforman el tratamiento: Se da terapia individual y grupal de 8 a 10 personas más o menos.

Duración: Es de lunes a sábado, 1 sesión por semana de 1 hora, por 7 semanas en total.

Que hacen con las personas que acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se les explica en que consiste el tratamiento, se les dan los folletos informativos y si le interesa se le da una cita para platicar con un psicólogo o con la Dra. Gutiérrez.

Marco conceptual en que se basan los métodos que usan: Terapia Cognitivo-Conductual, definiciones de conceptos médicos, como tabaquismo de acuerdo a la OMS.

Estrategias para reducir el hábito tabáquico: Terapia Cognitivo-Conductual, información médica general asociada al tabaco, TRN (parches) y a veces medicamento como el Wellbutrín.

Estrategias con mayor éxito: Terapia Cognitivo-Conductual, información médica y exámenes médicos.

Registros de los pacientes: Se hace expedientes que incluyen las evaluaciones, los tratamientos integrales, valoración médica y psicológica, manejo medico y pruebas psicológicas.

Costo: \$4,541.00 (incluyen exámenes médicos).

Éxito del tratamiento: Al termino es del 98 y 100 % por las deserciones y al año del 70 %

Estrategias para mantener al paciente en abstinencia: la terapia psicológica, las platicas informativas y la TRN.

Consejos para prevenir recaídas: Se les explica los sintomas del síndrome de abstinencia, los ejercicios respiratorios, que recuerden lo visto en terapia y recomendaciones por escrito.

Programa para manejo de recaídas: Se maneja de acuerdo al seguimiento que se hace y si recaen se hace una cita para tratar la paciente nuevamente.

Seguimiento: Se hace mensualmente.

Reuniones de ex-fumadores: Se hacen mensualmente juntando a todas las personas que hayan tomado el tratamiento.

Evaluación de los resultados: Se evalúan de acuerdo a los exámenes de laboratorio, médicos, valoración médica y lo que reportan los pacientes.

Evaluaciones periódicas con respecto al tratamiento: No se hacen con respecto a la terapia psicológica, solo en la parte de rehabilitación pulmonar e inhaloterapia.

Publicación: No existen reportes recientes publicados del éxito de este tratamiento.

Investigación: En cuanto a la Clínica no se ha hecho, pero si en el área de rehabilitación pulmonar e inhaloterapia.

XII.

Nombre de la Clínica o Institución: Hospital Los Angeles del Pedregal, Clínica Antitabaco.

Nombre de la persona que atendió: Dr. José Luis Cervantes E. y Srita Elizabeth.

Cargo: Cardiólogo Internista (Coordinador General) y Secretaria.

Ubicación: Camino Santa Teresa # 1055, Colonia Héroes de Padierna, Torre Angeles, consultorio 1050, Delegación Magdalena Contreras, tel/fax: 55 68 78 60, 55 68 78 63 y 55 68 28 08

Estructura de la Clínica: Esta constituida por la recepción donde se da la información general del programa, a un costado está la sala de espera, el despacho del Dr. Cervantes, y distintas áreas para aplicar los exámenes médicos.

Personas que aplican el tratamiento: Sólo el Dr. Cervantes.

Nivel de preparación de estos integrantes: Cardiólogo Internista (especialista en adicción al tabaquismo).

Material didáctico que usan estos profesionales: Registros, historia clínica, diapositivas e ilustraciones del tabaquismo.

Características para entrar a tratamiento: Que quiera dejar de fumar y tener los recursos, no importa si hay otra adicción porque también se trata, ni que sea paciente psiquiátrico.

Procedimiento a seguir cuando llega el paciente: Información del tratamiento por parte de la asistente del Dr. Cervantes, pago y se le da cita para empezar el tratamiento.

Intervención del médico: Se le hace una historia Clínica y se evalúa médicamente al paciente, dependiendo de su organismo se le mandan a hacer los exámenes clínicos y tratamiento necesarios.

Material didáctico que le dan a los pacientes: Folletos, registros, diarios.

Número de personas que conforman el tratamiento: Se da terapia individual.

Duración: Son de 7 a 10 sesiones en total, 1 por semana, de 30 minutos a 1 hora.

Que hacen con las personas que acuden a la Clínica para ser ayudadas, pero no se sienten listas para dejar de fumar: Se les da una cita con el Dr. Cervantes y el les da información sobre que es la adicción física y psicológica, en que consiste el tratamiento y el costo.

Marco conceptual en que se basan los métodos que usan: Información médica general y procedimiento conductual.

Estrategias para reducir el hábito tabáquico: Médica: parche Niquitin y a veces Wellbutrin y Psicológico: conductual.

Estrategias con mayor éxito: Las dos anteriores.

Registros de los pacientes: Se hacen expedientes de cada paciente, donde incluye la valoración del médico y los ejercicios terapéuticos.

Costo: \$700.00 por sesión.

Exito del tratamiento: es del 100 % al término y al año no se sabe.

Estrategias para mantener al paciente en abstinencia: Las recomendaciones que se le dan a lo largo de las sesiones (tomar agua, cuando sientan deseos por fumar masticar una raja de canela, comer dulces sin azúcar, si lo requiere terminar su tratamiento de acuerdo a las etapas del parche).

Reportes de los pacientes ex-fumadores: Dicen oler mejor, su autoestima se eleva, no están deprimidos como en un principio, mejoran sus relaciones.

Consejos para prevenir recaídas: Se les invita para cuando sientan ganas de fumar (caída) a que hablen por teléfono y se les da una plática retroalimentaria.

Seguimiento: Si, hasta los 4 meses.

Reuniones de ex-fumadores: No.

Evaluación de los resultados: Con lo que reportan los pacientes.

Publicación: Actualmente todavía no, pero próximamente, se esta trabajando en ello.

Investigación: No.

En resumen, se hicieron estas entrevistas, con el propósito de enseñarle al lector las diferentes opciones que hay para entrar a tratamiento, sobre todo en cuanto a métodos, criterios de inclusión, costos, ubicación y éxito del tratamiento. Hay que considerar que esta información es validada sólo a nivel de reporte verbal y de acuerdo a la información que se recolectó de dichas clínicas y los resultados reportados, se deduce que presentan muchas carencias sobre todo en cuanto a espacio para el tratamiento, debido, a que estamos hablando de una pandemia en donde necesita tener un lugar en óptimas condiciones porque en la mayoría de las clínicas asisten a tratamiento entre 8 y 14 personas, y se necesita de un espacio grande para hacer la dinámica de grupo; así como contar con personal de salud mejor preparado en esta adicción, ya que muchas de las personas que fueron entrevistadas se enfocan a su método empleado sin saber que existen otras muchas opciones de tratamiento, además de ello, es importante decir que la gran mayoría no cuenta con investigación y comprobación científica periódicamente del éxito de su tratamiento, es importante considerar que para que una Clínica demuestre que su tratamiento es exitoso, lo tiene que demostrar científicamente, para que tenga validez. A continuación, en la siguiente tabla se encuentran los resultados encontrados de cada Clínica:

| NOMBRE | METODO (S) | COSTO | EXITO | SEGUIMIENTO | PUBLICACION DE RESULTADOS |
|--|---|--------------------------------------|---|--|--|
| INER | Ter. Cognitivo-Conductual Ter. Racional Emotiva, Relajación, información Médica general y TRN (chicle y parche) | Estudio Socioeconómico | Al término 98% al año es 35% | vía telefónica mensual | Periódicamente ante la SSA, OMS OPS y CONADIC. |
| IMSS | Psicodinámica de gpo. Tec. de relajación. A veces se usa TRN y el Wellbutrin. | Gratuito | Al término es 80% al año no se sabe | Después del tratamiento se da 3 veces más, 1 vez al mes | Actualmente no existe. hace 2 años. |
| Jurisdicción Sanitaria | Plan de 5 días | Gratuito | Al término es 60% Al año no se sabe | No se hace | Informes solo a la Jurisdic- ción. |
| INCAN | El mismo método del INER, no se da el Well- butrin a pacientes que están en quinioterapia | Estudio Socioeco- nómico. | Al término es 60% Al año no se sabe | 1 vez al mes vía telefónica | Reportes cada 6 meses. |
| HOSPITAL ABC | Marco cognitivo- conductual e información Médica | \$3, 500 | Al término es 90 y 100% a los 6 meses el 60% y al año es 30 y 40% | Al término del tratamiento se hace a lo largo de un mes | Ninguna |
| IPN | El mismo método del INER | Gratuito | Al término es 70% y no se Al año | Se hace en cada facultad en un año | Ninguna |
| HOSPITAL GENERAL DE MEXICO | Ter. Cognitivo- Conductual, Gestalt programación neuro- Lingüística. | mínimo \$90 y máximo \$ 750 | Al término es 100% y al año es 98% | 1 cada trimestre | Ninguna actual y la ultima fue en 1995. |
| REVISTA LIBERA- DDICTUS. | Acupunturismo, Medicina China, Ter. Cognitivo-Cond, Gestalt y TRE | Estudio Socioeconómico | Al termino es 99 y 100% y a los 6 meses del 40 al 60% | vía telefónica se hace cada 3 meses | Ninguna |
| AL FIN LIBRE | Método propio, romper con asoc. Psicologicas y tec. relaj. | \$3, 000 | Al término es 80, 90 y 100% Y al año 70% | vía telefónica a partir de los 3 meses o menos | Ninguna |
| HOSPITAL DR. MANUEL GEA GON- ZALEZ. | Es el mismo del INER | mínimo \$90 máximo \$250 | Al término es 90 al 95% y al año es 45% | vía telefónica mensualmente | Reportes trimestra les |

| | | | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------|
| MEDICA SUR | Ter. Cognitivo- Conductual. | \$4, 541 | Al término es 98 y 100% al Año 70% | Mensualmente | Ninguna |
| HOSPITAL LOS ANGELES | Inf. Médica y procedimiento cond. | \$700 por Sesión | Al término es 100% y al año No se sabe | Hasta los 4 meses. | Ninguna |

IMPRESOS CERVANTES
TESIS URGENTES - LIBROS - POLLETOS - OPPSET
MECANOGRAFIA E IMPRENTA EN GENERAL

Javier Cervantes González

REPUBLICA DE CUBA NO. 99 DESP. 27 COL. CENTRO
MEXICO, D.F. TEL.: 55-12-52-76

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Reflexionaremos sobre lo que se está haciendo y lo que se debería hacer en el inmediato futuro, proponiendo ideas que desde el presente nos permitan mejorar los proyectos que tengamos para el mañana.

De acuerdo con la Revista del INER (Enero-Marzo, Vol.11-1, 1998) se han observado, en diferentes investigaciones que el 77% de los fumadores, quieren dejar de fumar, pero desconocen los diferentes métodos que existen para hacerlo, ya que en una encuesta realizada en los Institutos Nacionales de Salud, en México, se encontró que el 78% de los fumadores han querido abandonar la adicción en más de una ocasión. Sin embargo, dejar de fumar no es sencillo y parece ser que la adicción generada por la nicotina es responsable de un número importante de fracasos cuando se intenta hacerlo.

Los psicólogos formamos parte muy importante en el área de prevención, tratamiento y postratamiento del tabaquismo. En el aspecto de prevención se requiere de información sobre aspectos generales de esta adicción, los daños a la salud y de personalidad, ya que la edad de inicio es en la adolescencia y es en esta donde los jóvenes se preocupan por su aspecto, si informamos las cosas reales y negativas de fumar un cigarrillo (por ejemplo, que se produce sarro y por lo tanto se ponen amarillos los dientes), podemos hacer que un joven se detenga a reflexionar sobre los riesgos que corre al fumar. En cuanto al tratamiento, la primera impresión para informar al paciente es por un psicólogo y su función es sensibilizar y animarlo a dejar de fumar, visualizando los beneficios de dejar de fumar.

Muchas personas consideran que dejar de fumar es un evento simple en el que la persona modifica su comportamiento de fumar regularmente hasta no fumar más. Sin embargo, los diversos estudios que se han revisado, se ha establecido que se trata de un proceso más complejo que incluye seis etapas de comportamiento distintos (ver capítulo III), en los cuales es muy importante observar en que etapa está el paciente para poder ayudarlo, ya que en cada fase de la cesación de fumar, el terapeuta puede jugar un rol esencial. En general el fumador no sigue un patrón lineal en etapas del comportamiento de fumar; casi todas las personas siguen un patrón cíclico, donde las recaídas son la regla más que la excepción, por lo cual éstas no deben desmoralizar a la persona por el contrario la preparan para una futura ocasión (Wartenberg, 1997 www.riesgosparaelfumador.com.mx) y (SEPAR, 1995, www.Comoayudarasuapacientedejardefumar.com.html).

Dado que la edad clave para comenzar a fumar oscila entre los 11 y 15 años, es necesario incrementar programas dedicados a la prevención dirigidos específicamente a niños y adolescentes. No podemos contentarnos con tener gran variedad de estrategias para dejar de fumar que consigan la abstinencia casi total o total al final del tratamiento, sino más bien hay que redoblar esfuerzos y hacer seguimiento post-tratamiento que sean eficaces para evitar las posibles recaídas. Es necesario hacer mayor énfasis en la observación de los estímulos que anteceden al tratamiento, para anticiparse a la reincidencia (Escayola, 1988). Es importante poner mayor atención a aquellos fumadores que no han tomado la iniciativa de renunciar al tabaco, pero que con algún estímulo, consejo médico o folleto informativo, se les podría convencer. Hay que insistir con

algunos programas para aquellos fumadores empedernidos que no quieran dejar de fumar, dándoles instrucciones para reducir la cantidad de cigarrillos, enseñándoles por ejemplo, a dar menos fumadas a cada cigarrillo, alejar el cigarrillo de la boca o dejarlo en el cenicero entre una fumada y otra, dejar colillas más largas, aspirar menos cantidad de humo, información de los daños físicos y psicológicos hasta tratar de convencerlos de dejar definitivamente el cigarro.

Es conveniente seguir la medida que indica la S.S.A en cuanto a que vayan aumentando las restricciones de fumar en oficinas federales, lugares públicos en donde se indico el 8 de Septiembre del 2000, ya que si el número de situaciones estimulantes disponibles para fumar son reducidas, la tendencia de los individuos a fumar, también disminuye.

Una Clínica para Dejar de Fumar es importante y trascendental. Es importante porque toda persona que acude a un centro de salud o de atención médica encuentra siempre información y orientación suficiente al respecto del tabaquismo. Es trascendental porque el impacto que produce el que una persona deje de fumar podría ser, trascender más allá del fumador que lo consiguió.

En un análisis hecho por Schwartz (1991), se encontró que el éxito promedio de los programas como el del INER, en Estados Unidos es un poco menor al 30% de éxito. Es importante reconocer que se requieren de más programas y más Clínicas y/o Institutos con un tratamiento científicamente probado como el del INER en nuestro país, ya que no les es posible a algunas personas trasladarse de donde viven a este Instituto por la distancia, el tiempo y porque es necesario extender estas alternativas a todos los lugares posibles para orientar a los fumadores, y es necesario comprobar científicamente los resultados de otras clínicas para respaldarse de una validez en el éxito del tratamiento que usen, en un determinado periodo de tiempo, ya que ninguna clínica excepto el INER tiene publicación de los resultados más actualizados de su tratamiento.

ESTRATEGIAS QUE TIENEN MAYOR EXITO EN MÉXICO.

En casi todas las clínicas se llevan a cabo tres tipos de tratamiento, uno psicológico, uno médico y uno farmacológico:

En la parte **Psicológica** la estrategia con mayor éxito es la terapia Cognitivo-Conductual con un porcentaje científicamente comprobado, entre el 90 y 100% de efectividad al término del tratamiento debido a deserciones de los pacientes que no concluyen con el tratamiento y un 35% al año de efectividad en esta estrategia (Manual INER, Julio 1999). Ese tipo de programas cumplen una misión importante, pues es probable que estos fumadores sean los que están en mayor riesgo de ser afectados por alguna de las enfermedades asociadas al tabaquismo y requieren de un apoyo especializado y así poder prevenir alguna enfermedad que podría causar la muerte (Rev Inst Nal Enf Resp Mex, Enero-Marzo, Vol. 11-num 1, 1988).

En la parte **Médica**, está en primer término el consejo médico, información sobre aspectos generales del tabaquismo (dependencia, epidemiología, enfermedades asociadas al consumo del tabaco, abstinencia, etc.). De las estrategias propuestas a los niveles comunitarios y medios masivos tenemos de los programas médicos, el referido como consejo y advertencia médicas para dejar de fumar, en donde estos tienen gran impacto más a nivel preventivo que a nivel de tratamiento. Tiene las ventajas de los primeros en

relación al costo y el impacto, y puede llegar a tener, con un mínimo cuidado en su diseño, las tasas de control y éxito de los segundos. Su principal virtud es la proximidad a poblaciones de riesgo y el seguimiento continuado que puede proporcionar. Su principal problema, la implicación de un profesional de la salud que ha de estar convencido de lo que hace ya que la primera cuestión a solventar, sería que el elevado porcentaje de médicos que fuma (muchos de ellos incluso en la propia consulta) dejara de hacerlo en primer lugar (Roales-Nieto y Calero, 1994). Las tasas de renuncia al tabaquismo pueden mejorar si los médicos, psicólogos y otros especialistas ofrecen más ayuda (p. ej; como el apoyo) que brindarles simplemente orientación y advertencia. Estos especialistas empeñan además una función muy importante para ofrecer productos de sustitución de nicotina del tabaco, como chicle de nicotina o parches transdérmicos de esta sustancia, sin embargo es importante señalar que esto es bueno para fumadores con un nivel de adicción bajo o medio (menos de 10 cigarros al día), pero a fumadores severos (más de 10 cigarros) el simple consejo no ayuda mucho.

En la **Parte Farmacológica**, se valora al paciente con la historia clínica y la entrevista psicológica, según como salga el paciente de este valoración se le aconseja un tratamiento de reemplazo de nicotina (TRN) que necesite el cual tiene un éxito del 60 al 75%. Los métodos más usados son el chicle, parche e inhalador de nicotina; o bien un tratamiento no nicotínico para dejar de fumar como es el Wellbutrin (ver capítulo anterior) para aquellas personas que presentan un cuadro de ansiedad fuerte o son pacientes psiquiátricos es recomendable; es un antidepresivo científicamente comprobado para dejar de fumar (Rev Inst Nal Enf Resp Mex, Enero-Marzo, Vol. 11-num 1, 1988). el cual resulta muy exitoso 85 y 100% para pacientes psiquiátricos, muy ansiosos o poco tolerantes a la frustración (Glaxo Wellcome, 2000).

En la mayoría de las clínicas se usa el parche y los chicles de nicotina, ya que estos arrojan muy buenos resultados durante el tratamiento y al término de este, y junto con la terapia psicológica tiene entre 96 y 100% de eficacia.

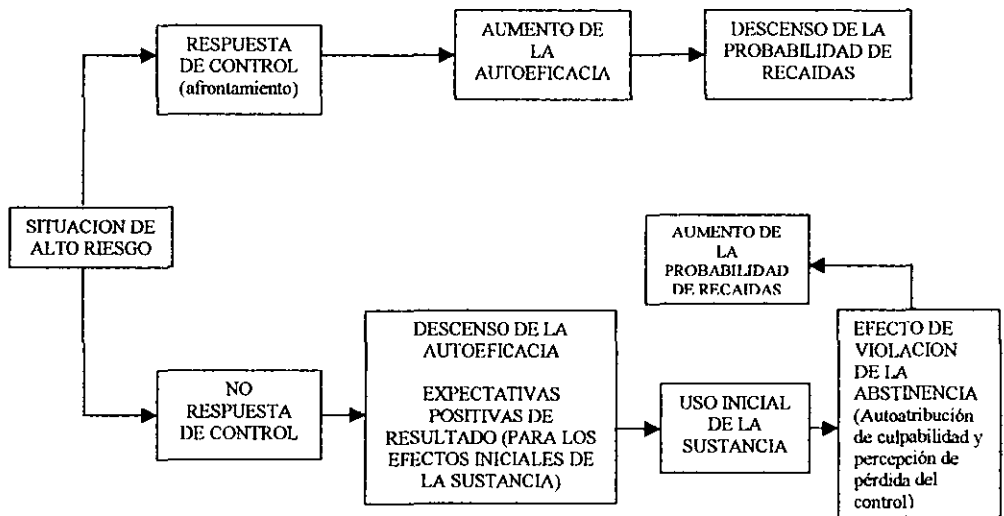
Por otra parte, desde el punto de vista del valor comparativo de los diferentes tratamientos, cabe señalar que las personas que están en un programa estructurado de tratamiento, cualquiera que sea el método empleado, consiguen más reducir el consumo de tabaco o abandonar por completo el hábito de fumar que los que no buscan ayuda con expertos en esta área, sin embargo, hay gente que deja de fumar por su propia voluntad, pero el éxito de mantenerse en abstinencia es muy bajo. Se ha demostrado que un programa organizado con metodología diseñada en donde exista o haya existido un grupo control, a cubrir las necesidades del fumador, combinado con la TRN Terapia de Reemplazo de Nicotina, resulta ser el tratamiento ideal para ayudar a los fumadores a obtener resultados exitosos en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

PREVENCIÓN DE RECAIDAS.

Este es el hecho; incluso los programas que consiguen al final del tratamiento 90 ó 100% de abstinentes entre los fumadores participantes, reducen estas cifras paulatinamente hasta un promedio del 40% de abstinentes al cabo del año. Programas con menor tasa de éxito al final de su realización, pueden ver reducida su tasa de abstinentes a un promedio de entre el 10 y el 30% al año de seguimiento. Se estima que más del 75% de fumadores que consiguen mantenerse abstinentes durante un tiempo acaba volviendo a fumar antes de un año (Roales-Nieto y Calero, 1994). La recaída es, sin duda, el principal azote de cualquier actuación terapéutica antitabaco. La mayor parte de los programas

consigue quitar de fumar, pero en numerosos casos no pueden mantenerlos abstinentes por mucho tiempo. El estudio del fenómeno de la recaída ha generado incluso algunos planteamientos teóricos que pretenden guiar la investigación futura en tabaquismo. Entre los modelos teóricos más reconocidos está el de Marlatt y Gordon que intenta explicar la ocurrencia de episodios de recaída. El modelo de recaída parte de la base de que la recaída es un fallo en el enfrentamiento del ex fumador a una situación de alto riesgo para fumar, fallo que da lugar a un descenso en la estimación de su nivel de autoeficacia y al posterior consumo de la sustancia adictiva (en este caso, fumar cigarrillos). A su vez, volver a fumar tendría dos consecuencias: la primera, los efectos percibidos de la sustancia, y la segunda, un fenómeno que los autores le llamaron “efecto de violación de la abstinencia”. Dicho fenómeno implica la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia tras la ocurrencia de una violación de las reglas autoimpuestas. El individuo se valora a sí mismo en un sentido negativo, como alguien sin fuerza de voluntad y confianza en sí mismo y sus posibilidades de mantenerse abstinentemente, una persona que no puede “aguantarse sin fumar” (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Una representación gráfica del modelo se muestra a continuación:



Un elemento central en esta representación teórica es el concepto de autoeficacia que se entiende la creencia o confianza de una persona sobre su capacidad de responder eficazmente a una situación utilizando sus habilidades disponibles. En base a lo anterior se clasificaron algunas situaciones propicias para la recaída, agrupándolas en cuatro categorías:

1. Situaciones de contratiempo, o aquellas en las que se produce una experiencia emocional negativa, teniendo lugar el episodio de recaída usualmente en casa y a menudo estando solo.
2. Situaciones relacionadas con el trabajo en las que se produce fuerte tensión, usualmente con los compañeros presentes en el momento de recaída.

3. Situaciones sociales, o recaídas que tienen lugar en bares, restaurantes o en casa de amigos, con otras personas presentes fumando y con el alcohol presente.
4. Situaciones relajadas, o recaídas que tienen lugar estando en la propia casa, a menudo después de una comida con vivencias emocionales positivas y otras personas presentes.

Las urgencias o ansias de fumar pueden reaparecer tras semanas, meses e incluso años de haber dejado de fumar, sin que podamos atribuir dicha ocurrencia a los efectos de la dependencia nicotínica, sino al hecho de que el ex fumador se haya visto expuesto a señales (presencia de cigarrillos, otros fumadores, alcohol, situaciones de tensión, ansiedad o enojo) que todavía controlan la aparición de tales deseos o ansias de fumar y que no han sido extinguidas (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Algunas técnicas han sido sugeridas para favorecer la extinción del control de las señales condicionadas a los deseos de fumar. Una de ellas ha sido extrapolada a la literatura clínica conductual concerniente a la aplicación a los trastornos de ansiedad de las técnicas de exposición a situaciones estimulares que resultan aversivas o problemáticas. Esta técnica es la denominada **“exposición sistemática gradual a las señales”**, y persigue la debilitación progresiva y la extinción total de los nexos condicionadas existentes entre las señales de fumar y la aparición de ansias o deseos por fumar en el ex fumador. La técnica consiste en la elaboración, por el propio fumador, de una jerarquía de señales (por sí solo, con manuales o folletos de autoayuda, o asistido por un terapeuta), que se organizan en diversas situaciones, actividades, lugares o personas evocadores de ansias o deseos por fumar colocadas en orden inverso al control que posean (de menor a mayor control) (Roales-Nieto y Calero, 1994).

Los ex fumadores podrían, tras esto, exponerse a sí mismos sistemáticamente a dichas situaciones (primero imaginándolo en un contexto clínico controlado, para pasar posteriormente a la situación real). Ante dichas situaciones, los ex fumadores podrían emplear las habilidades de afrontamiento de situaciones de alto riesgo para fumar que aprendieron durante la aplicación de su programa de tratamiento (o aprenderlas justo ahora, si su programa no las contuvo). A fin que el ensayo fuera eficaz, deben permanecer en la situación, actividad o ante la persona de que se trate hasta que las ansias o deseos por fumar hayan desaparecido por completo. La extinción de señales con un control débil daría paso al ensayo con una señal más fuerte, hasta finalizar la jerarquía establecida (Roales-Nieto y Calero, 1994)

Para prevenir una recaída, se le enseña al paciente a que desarrolle una serie de habilidades de enfrentamiento a las situaciones de recaída, es decir, que cuente con las herramientas necesarias para extinguir dichas señales, confrontar el riesgo, no evitar el riesgo. Así al paciente se le enseñará a como manejar el estímulo negativo, y de las técnicas que se le enseñaron dentro de la terapia cual va a usar para afrontar el riesgo. Se necesita aplicar una técnicas de relajación para controlar la ansiedad o las emociones negativas que suelen precipitar episodios de recaída, concentrándose en su respiración. La identificación de posibles situaciones de recaída, recordar los beneficios para la salud y de todo tipo que se derivan de una vida libre de tabaco, hacer ejercicio físico puede ser una buena estrategia preventiva de la recaída para personas que hayan conseguido la abstinencia, el ejercicio físico facilita la liberación de endorfinas, lo que puede actuar como reforzador similar al producido por fumar; puede ser empleado para regular los

cambios de humor que pueden tener lugar durante el período de retirada nicotínica y que pueden predecir el advenimiento de un episodio de recaída, también puede ser útil para controlar posibles ganancias de peso que tuvieron lugar como consecuencia de un aumento en la toma de calorías durante el período de retirada del tabaco, por lo que serviría para controlar el miedo a ganar peso que con frecuencia aparece como uno de los obstáculos que encuentran numerosos ex fumadores para mantenerse abstinentes. Otro intento de impedir la recaída ha estado basado en el empleo de contratos postratamiento, como un elemento de control que intenta garantizar el mantenimiento de los logros terapéuticos. Por ejemplo, empleando un contrato junto a 7 sesiones de mantenimiento, consiguió a los 6 meses de seguimiento un 76% de participantes abstinentes, frente al 35% en un grupo control que no recibió la aplicación del contrato ni las sesiones (Roales-Nieto y Calero, 1994).

LIMITACIONES

Los métodos con mayor éxito para dejar de fumar y mantenerse en abstinencia a la hora de examinarlos existen dos limitaciones fundamentales, primera, estos excelentes resultados tienen lugar cuando los programas son aplicados por un profesional y no cuando son autoadministrados; y segundo, deben ser aplicados sólo a personas que posean un buen estado de salud y no a fumadores que padezcan alguna enfermedad crónica asociada al tabaco, como lo es un enfisema o bien un cáncer, ya que la adicción esta tan avanzada, que el porcentaje de mantenerse en abstinencia es muy bajo.

Dentro de investigación que se hizo al entrevistar a los encargados de las Clínicas de tabaquismo de la Ciudad de México, nos encontramos con algunas dificultades al preguntar información sobre tal, y que la respuesta era carente y limitada; por tanto se indica en el capítulo IV, que la información es validada solo a nivel de reporte verbal.

Es indispensable que todos aquellos que tienen una Clínica o Instituto para dejar de fumar, independientemente de su dimensión en términos de espacio y de recursos humanos deben realizar tres actividades: Investigación, asistencia y docencia. México requiere de mucha información sobre lo que esta ocurriendo en nuestro país con respecto al problema del tabaquismo. Toda información es muy útil, por sencilla que parezca. Se pueden obtener datos como la prevalencia de fumadores, número de personas que desean dejar de fumar, número de niños expuestos en forma involuntaria al humo de cigarro ambiental. En realidad, no se requiere gran cantidad de recursos económicos ni humanos para generar esta información. Se debe dar asistencia a todo fumador que lo requiera e información a toda persona que éste expuesta en forma pasiva al humo del cigarro. Finalmente, toda Clínica o Instituto debe tener la posibilidad de capacitar y entrenar a promotores para difundir ampliamente el mensaje en contra del tabaco. La intensidad y magnitud con que cada una de estas actividades se realice dependerá de cada uno de los centros de salud. No todas las Clínicas o Institutos han podido lograr publicaciones en revistas de arbitraje muy especializado, debido a que este tipo de revistas requieren de un respaldo científico para publicar las investigaciones realizadas y hasta el momento el INER es el más potencial en esta rama, seguido de otras pequeñas investigaciones como el IPN, IMSS, Liberaddictus y algunas otras. Para conseguir hacer nuestro país un espacio libre de humo de tabaco, se requieren muchas Clínicas en términos reales, cada uno de los médicos, psicólogos y todas aquellas personas relacionadas a la salud deberán convertirse en una Clínica ambulante. En tanto ocurre, es responsabilidad de las

autoridades de cada uno de los centros de salud y hospitales, tener cuando menos a un médico o psicólogo encargado de trabajar en contra del tabaquismo de tiempo completo.

SUGERENCIAS

De acuerdo a la investigación documental que se hizo, se propone lo siguiente: para que un programa de eliminación de la conducta de fumar en una clínica de tabaquismo tenga mayor probabilidad de éxito a largo plazo deben tomarse en cuenta los siguientes puntos:

1. Importancia de la selección para determinar si el pronóstico es bueno o malo, identificar en que etapa se encuentra el fumador, evaluar la motivación y grado de dependencia del fumador, tiempo que lleva fumando, factores de riesgo, etc.
2. Importancia del apoyo familiar y social que rodea al individuo, además del terapéutico.
3. Importancia del tiempo del contacto personal, los tratamientos que tienen un tiempo más prolongado de atención por especialistas en tabaquismo son más efectivos.
4. Dar seguimiento postratamiento a todos los exfumadores en por lo menos un año de vigilancia.
5. Finalmente se propone que se haga un examen de cotinina en sangre y orina para reafirmar los resultados obtenidos del tratamiento.

En el tratamiento para dejar de fumar se tiene que preparar al paciente con la finalidad de incrementar su motivación para dejar de fumar y establecer confianza de que tendrá buenos resultados en su intento, se dará la intervención en donde esta puede tomar diversas formas (o una combinación de las mismas) para ayudar a los fumadores a lograr la abstinencia y se necesita un mantenimiento en donde esté constituido por el apoyo, estrategias para resolver problemas y conductas sustitutivas, ya que esto es indispensable para que la abstinencia se vuelva permanente. Aunque casi todos los fumadores que renuncian con buenos resultados al tabaquismo lo hacen por sí mismos, muchos recurren a los programas de interrupción en algún momento durante su historia como fumadores. Más aún, muchas personas actúan bajo el consejo de un médico o psicólogo para tomar la decisión de no volver a fumar. Algunos reciben ayuda también con un programa de tabaquismo de alguna institución pública o voluntaria, una videocinta o producto de venta directo al público. Otros más reciben ayuda de las campañas de los medios masivos de difusión.

Podríamos establecer que existen dos aproximaciones generales o formas globales de afrontar el tratamiento de la adicción tabáquica. La primera la constituiría un acercamiento social y natural, esto es, el abordaje del tabaquismo por medio de la utilización de las vías y recursos sociales y naturales, sean éstos educativos, políticos, sanitarios o de comunicación, a fin de recomendar que no se comience a fumar y/o se abandone el consumo de tabaco, ofreciendo programas oportunos para ello que puedan aplicarse sin necesidad de que los interesados desembolsen un dinero extra, acudan a las Clínicas de tabaquismo o requieran ayuda de personal especializado para enfrentarse a su adicción. Sólo hay que poner a su alcance los medios necesarios para que lo consigan, y aquí juegan un extraordinario papel los programas comunitarios o de autotratamiento (Roales-Nieto y Calero, 1994). De la revisión de las múltiples formas de tratar el tabaquismo, de la valoración de sus resultados y de la consideración de las características

conductuales, sociales y fisiológicas del fenómeno en cuestión, se puede deducir que el abordaje del tabaquismo requiere el establecimiento de una línea de actuación integral tendente a reducir sus tasas de prevalencia y, con ello, sus riesgos asociados, que debe consistir en una actuación global que abarcase desde lo general a lo más específico. Un acercamiento integral debe comenzar dirigiéndose a la población en general con objetivos educativo-preventivos de fomento del autotratamiento, y debe finalizar con la disponibilidad de tratamientos específicos para los casos concretos que requieran de ayuda profesional. Pero manteniendo la idea clara de que la solución al tabaquismo jamás podrá ser exclusivamente profesional.

El fumador puede lograr la abstinencia mediante una o varias de las estrategias mencionadas en el capítulo III. Para lograr el éxito es fundamental identificar la etapa en la que se encuentra el fumador en relación con su hábito. Luego se debe planear una estrategia adecuada, por ejemplo un modelo escalonado donde, con intentos sucesivos para dejar de fumar, el fumador progresa de una estrategia menos intensiva (autocontrol) a las más intensivas (TRN más intervención psicológica Cognitivo-Conductual). Una vez lograda la abstinencia se deben emplear medidas para lograr el mantenimiento y prevenir la recaída.

El método apropiado para abandonar el hábito de fumar, puede variar de un fumador a otro, ya que el grado de éxito va de acuerdo a sus circunstancias individuales como son: naturaleza y grado de dependencia, razones para fumar, tiempo que lleva fumando, edad y situaciones sociales (Escayola, 1988), y esto sirve mucho para entrar a tratamiento y saber en que categoría esta el fumador y este dato nos sirve para los resultados del tratamiento, para que los pacientes tengan un diagnóstico del tabaquismo que presentaban..

Se hace especial énfasis en señalar que es necesario hacer investigación para comprobar el éxito del tratamiento mediante una breve entrevista psicológica, a través del seguimiento telefónico para saber si se mantiene en abstinencia el ex-fumador y reforzarlo preguntándole que estrategias ha utilizado que le han funcionado para mantenerse en abstinencia y/o en caso de recaída o caída invitarlo a que recurra a pedir ayuda con los expertos en tabaquismo para ser nuevamente valorado y orientado e invitarlo a las reuniones del Club de ex-fumadores para compartir las experiencias que han tenido con el dejar de fumar a fin de que se retroalimenten entre ellos y al programa que se utilizó para dejar de fumar; por otra parte, se propone tener un control bioquímico a través de estudios de laboratorio mediante una medición de metabolitos de cotinina en sangre y orina, a través de un método directo de ácido barbitúrico DBA, desarrollado por Balow, donde se llevó a cabo en el INER y reportó muy buenos resultados con respecto a la confiabilidad de esta prueba (Rev Inst Nal Enf Resp Mex, enero-marzo, Vol. 1-num 1, 1988).

A pesar de que existen estas pruebas que nos determinan mayor confiabilidad en un tratamiento a largo plazo, éstas presentan algún inconveniente para su uso. Como por ejemplo, la prueba de la cotinina, es una de ellas, ésta es un metabolito de la nicotina cuya vida media oscila entre las 18 y 20 horas y se puede encontrar en casi todos los fluidos corporales, (saliva, orina, sudor, etc.). Uno de los inconvenientes principales para su uso es que se requiere tomar una muestra biológica de orina, sangre o saliva, y esto dificulta su obtención. Además, se requiere de un equipo costoso. Una prueba positiva indica que el sujeto se ha expuesto en forma directa o indirecta al humo del cigarro. Existe también la prueba de monóxido de carbono (CO). El CO deriva de la combustión

del cigarro y se inhala tanto para el fumador como por el sujeto que se expone involuntariamente al humo de cigarro. Debido al parecido que tiene con el oxígeno, se une a la hemoglobina y da lugar a un compuesto que se llama carboxohemoglobina. Una desventaja es que este gas, es producido también por la combustión de los vehículos automotores y en áreas metropolitanas como es nuestra Ciudad de México, los niveles altos pueden deberse a la contaminación ambiental puesto que su vida media es de 8 a 12 horas y no solamente a la inhalación de humo del cigarro. La ventaja de utilizar este gas es que se puede medir del aire exhalado por el paciente (esta prueba actualmente es medida en todos los pacientes de la Clínica de Tabaquismo del INER, y de acuerdo a lo reportado cuando se fue investigar sobre como estaba constituida la Clínica, es un instrumento muy importante que arroja buenos resultados para el post-tratamiento) (Rev Inst Nal Enf Resp Mex- Julio-Agosto, Vol 12-num 3, 1999). A pesar de dichos inconvenientes para su uso, se considera conveniente utilizar dicho control bioquímico a las clínicas de tabaquismo, ya que es instrumento confiable, nos da mayor validez, comprobación científica y ayuda a aumentar la tasa de abstinencia. Esto se debe hacer en un periodo de por lo menos un año, así como también se hace una extensa invitación a todos aquellos expertos en tabaquismo a que publiquen sus investigaciones, para que cada día el mundo se entere de como podemos erradicar esta terrible adicción.

BIBLIOGRAFÍA

- Abelin T, Buehler A, Muller P, (1989). et al: "Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. *Lancet*.
- Adams Helen, (2000) <http://www.EPOC-Sección7.yahoo.com>.
- Aragónés, R. (1981 "Tabaquismo". Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología,) UNAM.
- Aranza Aline, (2000), <http://www.serviciocanariodesalud.lasalud.com>.
- Beechan Jack, (1992) Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Panamericana de Salud, OPS.
- Becoña Elisardo, Palomares y García. (1994) "Tabaco y Salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo", España Madrid, Pirámide.
- Becoña, E., Galego, P. y Lorenzo, M.C. (1988). "El tabaco y su abandono". Santiago de Compostela: Dirección Xeneral de Saúde Pública de Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- Becoña, E., Lorenzo, M.C. (1989). "Evaluación de la conducta de fumar II: Medidas Fisiológicas". *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol 2 (3).
- Benowitz, N.L. (1983), "The use of biologic fluid samples in assessing tobacco smoke consumption". En J. Grobowsky y C.S. Bell (Eds.), *Measurement in analysis and treatment of smoking behavior*. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Benowitz NL, Gourlay SG. (1997) "Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy". *J Am Coll Cardiol*
- Best JA, Owen LE, Trentadue BL. (1978). "Comparison of satiation and rapid smoking in self-managed smoking cessation, *Addictive Behavior* Vol. 3
- Brown Frederic (1999), <http://www.tobacco.org/Documents/documentquotes.html>.
- Brundtland Harlem Gro. (1998), <http://www.Tabaquismo:novedades.com>.
- Brundtland Harlem Gro, Director General de la Organización Mundial de la Salud OPS. (1999), "Diseminación Selectiva de Información tabaco o salud" DSI-TOS Mensaje Mundial, Mayo.
- Carmody, T.P., Loew, D.E., Hall, R.G., Breckenrige, J.S. (1988) "Nicotine polacrilex: Clinic-based strategies whit chronically ill smokers. Special Issue: PPharmacological adjuncts and nutricional supplements in the treatment of drug dependence". *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol 20 (3).
- Catrejón José Manuel, (2000) <http://www.gaceta de la Facultad de medicina. tab.com.mx>.
- Carter Jhon, (1997), <http://www.Tabaquismo.salud.com>.
- Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, (1989). et al: Debunking myths about self-quitting "Evidence from 10 perspective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *Am Psychol* 44
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, (1999). CONADIC.
- Universidad Autónoma Metropolitana. Azcapotzalco, UAM (1989) México D.F., "Comunicado de la campaña antitabáquica, aire limpio para todos".
- Cousin M. (1973 y 1976). "Tabagisme, acupunture, nasopunture et auriculopunture. *Gaz Med France* Vol 83
- Cross Charles, (1998), <http://www.Tabaquismo.Afecta.com.mx>.

- Cullen JW. National Cancer Institute's Smoking, Tobacco and Cancer Program. In Aoki M, Hisamichi S. (1988). (eds): Smoking and Health 1987. Proceedings of the 6th World Conference on Smoking and Health. Amsterdam, Excerpta Médica
- C.INER Curso del Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias, "El tabaquismo, sus determinantes, daños a la salud, el impacto socioeconómico y estrategias para dejar de fumar", 14 de Marzo del 2000.
- Danaher BG. (1977). "Research on rapid smoking: Interim summary and recommendations. Addictive Behavior Vol. 2.
- De la Garza y Vega, (1985), Manual de técnicas de investigación. México: el Colegio de México.
- DGEI Dirección General de Estadística e Informática, (1997).
- DGE Dirección General de Epidemiología, (1998).
- DSM-IV, (1991), Manual de Diagnóstico y Estadística de la American Psychiatric Association.
- Durek y Girdano. (1985). "DROGAS, Un estudio basado en hechos". México, D.F. SITEA.
- ENA Encuesta Nacional de Adicciones, (1993 y 1998).
- Escayola Garduza Lilia (1988), Revisión histórica de técnicas terapéuticas para la eliminación del tabaquismo. Tesis de Lic. en psicología, Fac. Psicología, UNAM, México.
- Fiore C. Michael. (1992) Vol. 2 "Tabaquismo de cigarrillos. Guía Clínica para la valoración y el tratamiento". México, D.F, Edit. Interamericana Mc Graw-Hill.
- Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, (1990). et al: Methods used to quit smoking in the United States. JAMA.
- Food and Drug Administration. (1982 y 1985). "Smoking deterrent drug products for over the counter human use".
- "Folleto de divulgación sobre temas de la patología respiratoria: Tabaquismo". (1991) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Secretaría de Salud. México.
- Foxy RM, Brown RA. (1979). "Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence of controlled smoking". J Applied Behavior Anal.
- García-Aranda López Víctor, (2000), <http://www.sociedadXXIcoongreso.org.mx>.
- Glasgow RE: (1986) Smoking In Holmrovd K, Creer T (eds) "Self-management of Chronic therapy manuals. Psychol Bull.
- Glasgow RE, Rosen GM: (1978) Behavioral biotherapy. A review of self-help behavior therapy manuals. Psychol Bull.
- Glassman AH, Stetner F, Walsh I, et al: (1988) "Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: results of a double blind, randomized trial, JAMA.
- Glynn IJ, Boyd GM, Gruman JC. 1990). "Essential elements of self help minimal intervention strategies for smoking cessation". Health Ed.
- Grupo de expertos del PAPPS, (2000) [http://www. recomendaciones sobre el estilo de vida. Tabaco.com.html](http://www.recomendaciones sobre el estilo de vida. Tabaco.com.html).
- González, G.M. 1980 "El tabaco y las cigarreras mexicanas de oro y plata". México: UNAM (Ed), .
- González Ramírez José Francisco, (1998). "Dejar de Fumar: método de autoayuda para dejar de fumar". España, Madrid. Edit. EDIMAT LIBROS.

- Hall SM, (1980). "Self-management and therapeutic maintenance: Theory and research. Improving the long Term effects of Psychotherapy. New York, Gardner Press.
- Harward, (1999), <http://www.ONUNET.naciones unidas uruguay.yahoo.com>.
- <http://www.yahoo.psiquiatria.novedades.com> (2000).
- Instituto Nacional de Estudios Geograficos e Informatica, INEGI, (1950-1997).
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER, Clínica de Tabaquismo, (1999 y 2000).
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS (1997).
- Jarvik ME, Gritz ER. (1977). "Nicotine and tobacco", In Jarvick ME (ed): Psychopharmacology in the Practice of Medicine. New York, Appleton-Century Crofts.
- Jarvis M. (1986). "Nasal nicotine solution: Its potential with smoking cessation and as a reseach tool". In Ockene JK ed: Pharmacologic Treatment of Tobacco Dependence, Cambrige, MA, Institute for the Study of Smoking Behavior and Policy.
- Jhonson Carl, (2000), <http://www.plancincodias.aol.com.mx>.
- Killen JD, Maccoby N, Taylor CB. (1984). "Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention".
- Kline MV. (1970). "The use of extended group hypnotherapy sessions in controlling cigarette smoking". Int J Clin Exp Hyp.
- Kline Smith (1999), <http://www.Eltabaco.yahoo.fd789.html>.
- Lando Ha. (1977). "Successful treatment of smokers with a broad-spectrum behavioral approach".
- Lando H, Mc Govern PG. (1985). "Nicotine fading as a non-aversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking Addictive Behavior Vol 10.
- Lando HA, McGovern PG. (1990). "A comparison of brand switching and nicotine reduction filters". In Durston B, Jamrozik K. eds: Tobacco and Health 1990. The Global War. Proceedings of the Seyenth World Conference on Tobacco and Health , 1st-5th April, Perth, Western Australia.
- Levin ED, Rose JE, Behm F. (1990). "Development of a citric acid aerosol as a smoking cessation aid. Drug Alcohol Dependence.
- Lichtenstein F, Brown RA. (1983). "Current trends in the modification of cigarette dependence". In Bellak AS, Hersen M, Kazdin AE. ed: International Handbook of Behavior Modification and Therapy. New York, Plenum Press.
- Manual del INER, Programa Cognitivo-Conductual, Julio, (1999).
- McFadden DD, Butler TL. (1990). "Perceptions of program leaders about a new smoking cessation program. In Jamrozik K. ed: Abstracts and Participants, Seventh World Conference on Tobacco and Health, 1st-5th April, Perth, Western Australia.
- McFall RM. (1970). "Effects of self monitoring on normal smoking behavior". J Consult CLinic Psychology.
- McFarland JW, Gimbel HW, Donald WAJ, et al: (1964) "The five-day program help individuals stop smoking". A preliminary report.
- Monografía Clínica. (2000). "Wellbutrín". Glaxo Wellcome.
- Morris Jhon, (1988), <http://www.A.tabaco.com>.
- Newman J. (2000) <http://www.Sociedadtabaco.La OMS.com.html>.
- OMS Organización Mundial de la Salud, (1995).

- Orne MY. (1977). "Hypnosis in the treatment of smoking". In Steinfeld J, Griffiths W, Ball K, eds: Health Consequences, Education, Cessation Activities, and Social Action. Vol. 2. Proceedings of the 3rd World Conference on Smoking and Health.
- Orowitz F. (2000), <http://www.DejaloyGana.tabaqnov.com>.
- Puente Silva Federico G. (1986), Tabaquismo, Bol Of Sanit Panam 101 (3).
- Pardell H, (1998) <http://www.Solo para fumadores de tabaco. tabaco. com.html>.
- Reforma periódico, Febrero-domingo 27 y lunes 28 del 2000.
- Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER, Vol. 11, Num. 1 Enero-Marzo (1998), Vol.12, Num. 2 Abril-Junio (1999), Vol 13. Num 3, Julio-Agosto (1999).
- Revueltas Herrera Arturo, (1998), <http://www.Gaceta de la Facultad de Medicina, UNAM.tabaco.com/>).
- Rico Mendez Gerardo F y Ruiz Flores Luis Guillermo (1990), "Tabaquismo. Repercusión en aparatos y sistemas", México, D.F, Trillas.
- Rivas Velazquez Daniel de Jesus. (1999). "Un taller de autocontrol del habito tabáquico y aspectos psicológicos depresivos concomitantes, instrumentado mediante un grupo de autoayuda". Tesis de Lic. en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM, México.
- Roales-Nieto, Gil y Calero, García Ma. (1994). Tratamiento del tabaquismo. España: Mc Graw Hill.
- Rojas, M y Castro de la Mata, R (1996), Epidemiología de Drogas en población urbana peruana-Monografía de investigación, <http://www.EL TABACO.tabaquismo.com.html>.
- Ross HD, Chan KK, Piraino AJ, Jhon VA. (1991). Pharmacokinetics of multiple daily transdermal doses of nicotine in healthy smokers. Pharm Res
- Royal College of Psysicians. (1983). "Health of Smoking". London: Pitman,
- Rusell MAH, Javis MJ, Sutherland G. (1987). "Nicotine replacement in smoking cessation :absorption of nicotine vapor from smoke-free cigarettes. JAMA.
- Sansores H. Raúl, Espinosa Ana Marlene, (1999), Programa Cognitivo-Conductual de la Clínica de Tabaquismo del INER.
- Sarquis Eduardo Dr. (2000) <http://www.terenne.terra.es/personal/eac00002.tapasiv.com>.
- Secretaria de Salud SSA (1999-2000).
- Schwartz JL. (1992). "Methods for Smoking Cessation Medical Clinics of North America". McGraw Hill.
- Schwartz JL. (1969). "A critical review and evaluation of smoking control methods. Public Health Report.
- Schwartz JL. (1977). "Smoking cures: Ways to kick an unhealthy habit". In Jarvik ME, Cullen JW, Gritz ER, eds: Reseach in Smoking Behavior. NIDA Reseach Monograph 17. DHEW.
- Schwartz JI. (1987). "Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods". The UInited States and Canada, 1978-1985. Public Health Service, National Cancer Institute. NIH Publication No. 87-2940.
- Schwartz JL. (1988). "Evaluation of acupunture as a treatment for smoking". Am J Acupunture Vol 16.
- Schwartz JL. (1990). "Recent trends in smoking cessation methods in North America". In Durston B, Jamrozik K eds: tobacco and Health. The Global War. Proceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health, 1st-5th April, Western Australia.

- Schwartz JL, Dubitzky M. (1967). "Expressed willingness of smokers to try 10 smoking withdrawal methods. Public Health Rep Vol 82.
- Schwartz JL, Dubitzky M. (1968). "Requisites for success in smoking withdrawal. In Borgatta EF, Evanss. eds: smoking Health and Behavior. Chicago, Aldine Publishing Co.
- Schwartz JL, Rider G. (1978). "Review and Evaluation of smoking Control Methods: The United States and Canada, 1969-1977. Center for Disease Control. HEW Publication.
- Simon MJ, Salzberg HC. (1982). "Hypnosis and related behavioral approaches in the treatment of addictive behaviors". In Hersen M, Eisler Rm, Miller Pm. eds: Progress in Behavior Modification, Vol 13. New York, Academic Press.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), (1995). http://www.Cómo_ayudar_a_su_paciente_a_dejar_de_fumar.com.html,
- Spiegel H. (1970) "A single treatment method to stop smoking using self-hypnosis". In J Clin Experimental Hypnosis 18:235.
- SSA Sistema de la Secretaría de Salud, (1997-2000).
- Tan CH. (1987) "Acupuntura y sus tipos", Ed. Grijalbo, 4a. edición, México.
- Tapia J.R (1980). "Tabaquismo". Salud Pública de México. Vol. XXII México, Vol. (6).
- The Research Committee of the British Thoracic Society. (TRCBTS) (1983). Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking-related diseases. BMJ .
- The World Health Report, (1999).
- Thompson, J. E. (1979). "Historia y Religión de los Mayas". México, D.F. Siglo XXI. 3a. Edición.
- Tovar, (2000), <http://www.centroEMAI.acupuntura.yahoo.com>).
- US Department of Health and Human Services. (1990). "The Health Benefits of smoking cessation". A report of the Surgeon General. DHSS Publication No (CDC) 90-8416.
- Wartenberg Martin M.D. Fundación Clínica Valle del Lili, Publicación No. 12, Santiago de Cali, Junio de 1997, http://www.Riesgos_para_el_fumador.tabac.com.mx).