



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CAMBIOS CONDUCTUALES EN PERSONAS CON
TABAQUISMO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

LILI YURIDIA GONZÁLEZ TREJO

TUTOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

ASESORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.

Aristóteles

Índice

1.- Introducción.....	3
2.-Objetivos.....	4
3.- Antecedentes.....	5
3.1.-Historia del tabaco en México.....	5
3.2.-La planta del Tabaco.....	6
4.- Tabaquismo.....	7
4.1.-Definición.....	7
4.2.-Modalidades del tabaquismo.....	7
4.3.-Toxinas del Tabaco.....	8
4.4.-Humo del cigarro en el organismo.....	10
5.- Características generales de algunas manifestaciones en cavidad bucal por consumo de tabaco.....	11
6.-Cambios conductuales.....	22
6.1.-Factores que intervienen en el inicio del hábito.....	22
6.2.-Fases de la adopción del hábito.....	24

6.3.-Mantenimiento del hábito.....	26
6.4.-Tipos de fumadores.....	27
6.5.-Fases del fumador.....	28
7.-Proceso para dejar de fumar.....	31
7.1.- Síndrome de abstinencia.....	36
8.- Estrategias para abandonar el hábito de tabaquismo.....	37
8.1.- Tratamiento psicológico.....	37
8.2.- Tratamiento farmacológico.....	38
9.-Legislación como prevención del tabaquismo.....	47
10.-Conclusiones.....	51
11.-Referencias Bibliográficas.....	53

1.- Introducción

El tabaquismo se encuentra entre las diez principales causas de mortandad en México esto lo convierte en un problema prioritario, porque la lucha contra el tabaquismo se ha convertido en un proceso irreversible y radical en la toma de decisiones que llevarán a disminuir en forma importante este problema de salud pública.

Durante mucho tiempo el fumador era visto ante la sociedad como una persona de estatus, sin embargo esto ha ido cambiando al pasar de los años.

El uso, abuso y dependencia de tabaco es una conducta que se establece a través de una serie de repeticiones, que se ejecutan en un periodo de tiempo y que una vez que se establece se mantiene a través de los años sin variaciones.

Tanto el componente psicológico como el físico de la dependencia al tabaco tienen un papel fundamental en la adopción del hábito.

El fumador atraviesa por distintas etapas conductuales desde su iniciación hasta el mantenimiento del hábito y se le asocian diferentes factores predisponentes, estas etapas suelen ser cíclicas.

El proceso para dejar de fumar es de mucha dificultad para el fumador ya que atraviesa por síntomas característicos por falta de tabaco, llamado este proceso, síndrome de abstinencia. Para lograr el abandono del hábito tabáquico se han diseñado diversas estrategias tanto psicológicas como farmacológicas.

2.-Objetivo general

- Identificar los cambios conductuales en personas con tabaquismo.

Objetivos específicos

1. Prevenir a los fumadores de los problemas bucales que se presentan al ser consumidores de tabaco.
2. Proporcionar consejos a los pacientes para que abandonen el hábito tabáquico.
3. Persuadir al fumador con motivación adecuada para que tome la decisión de dejar de serlo.
4. Concientizar a los fumadores activos de los problemas que ocasionan al fumador pasivo.
5. Hacer del conocimiento a los odontólogos de las estrategias que existen para proporcionar ayuda a los fumadores que lo requieran.

3.- Antecedentes

3.1.-Historia del tabaco en México

En México el tabaco ya era conocido entre los pueblos prehispánicos en los que este producto estaba al alcance de los diferentes grupos sociales y formaba parte sobre todo de sus ritos, manifestaciones religiosas, connotaciones medicinales y místicas.

Estos pueblos lo consumían envolviéndolo en hojas de maíz secas en forma de cigarro o puro lo fumaban también en cañas huecas como pipas. Solían incluirlo en jarabes para beberlo.

El tabaco era una planta mágica porque “hacia visible el aliento”

Ofrecer estas hojas o cigarro para fumar era un gesto de paz.

Denominaban a esta planta de diferentes formas según el lugar: kuts o sillar los mayas, pisieltl y velt los aztecas. Cada pueblo tenía su propio ritual para su consumo.

Durante los siglos XVII y XVIII el tabaco se consume con fines placenteros y sociales, imponiéndose como signo de cortesía y de alta distinción social. El fumar cigarrillos se convierte así, en una agradable costumbre reservada inicialmente para los hombres o mujeres más atrevidas y con carácter sensual.

Este consumo fue el impulso determinante por la industria cigarrera, surgieron modernas fábricas mecanizadas productoras de cigarrillos, las empresas tabacaleras más importantes del siglo XIX se localizaron en la ciudad de México.

En el siglo XX aparecen en el mercado los cigarrillos con filtro, con gran aceptación, creció la publicidad y los actores y actrices debían fumar para la promoción de éstos.^{1, 2, 3}

3.2.-La planta de tabaco

El género *Nicotiana* tiene cerca de cincuenta especies, entre estos la especie *N. tabacum* que a su vez se clasifica en cuatro variedades: *brasilensis*, *havanensis*, *virgínica* y *purpúrea* que son los que se comercializan. Es una planta que tienen flores acampanadas, crece en ambiente húmedo, tiene un tallo recto que madura, alcanza de uno a tres metros de altura con diez a veinte hojas anchas. Es uno de los principales productos agrícolas no alimenticios del mundo.

Se realiza la cosecha cuando las hojas comienzan a adquirir un tono anaranjado. Las hojas se desecan hasta perder un sesenta por ciento de humedad, una vez realizado ésto, se mezcla con distintas sustancias que proporcionan su aroma y sabor característico, es curado en un proceso de fermentación al aire o bien con calor artificial.

El tabaco es envasado dentro de cilindros de papel o bien empaquetado.^{1,2}



Fig.1. Planta de tabaco³³

4.-Tabaquismo

4.1.-Definición

El tabaquismo:

La adicción al tabaco genera dependencia física y psicológica, provocada principalmente por uno de los componentes activos, la nicotina, que es un alcaloide, la acción de dicha sustancia acaba condicionando su consumo.

Dicha adicción trae consigo graves consecuencias en la salud tanto física como mental, produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor.

Adicción:

Es la dependencia o necesidad de las personas hacia determinada sustancia, para experimentar sus efectos que ésta causa a la persona.

Adicto:

Persona que depende de algo como: sustancia, actividad o relación causada por la satisfacción que esta causa al individuo.⁴

4.2.-Modalidades del tabaquismo

- Masticar:

El tabaco viene en hojas sueltas, rollos, pastillas o trenzados que deben masticarse para liberar la nicotina.

- Fumar:

Puede ser mediante cigarros, el tabaco viene envuelto en forma de cilindro en papel de arroz y existen diferentes presentaciones, que pueden o no tener filtro.

Puro: la absorción bucal es mínima y en pipa, el tabaco es de corte fino.

- Candela:

Fumar de forma invertida, se realiza con el extremo de la candela hacia la cavidad bucal, el cigarro es sostenido con los dientes, se produce un sellado labial y el humo es inhalado lentamente.

- Rapé:

Es un preparado de tabaco molido con aromatizante dispuesto para ser aspirado por vía nasal, actualmente se comercializa con el nombre de "tabaco para aspirar".^{5, 6}

4.3.-Toxinas del tabaco

En el humo del cigarro se han identificado más de tres mil sustancias químicas entre ellas:

Amoniaco: Componente de productos de limpieza

Arsénico: Veneno contenido en raticidas

Butano: Combustible doméstico

Cianuro: Empleado en la cámara de gas

Metano: Combustible utilizado en cohetes espaciales

Cadmio: Presente en baterías

Monóxido de carbono: Presente en los humos de escape de los coches

Las sustancias más predominantes y dañinas son: La nicotina, carcinógenos y el monóxido de carbono.

Nicotina

Es la responsable de la adicción al tabaco, es la sustancia química vegetal compleja de una clase conocida como alcaloide. Su sabor es amargo y cálido. Se encuentra en las hojas, las raíces y las semillas de la mata de tabaco.

Ayuda a aliviar los síntomas de la ansiedad y también tiene utilidad como antidepresivo.

Monóxido de carbono

Es un gas inodoro, incoloro, inflamable y altamente tóxico. Es tan venenoso que interfiere con la habilidad de la sangre para llevar el oxígeno.

Algunos de los síntomas son: el dolor de cabeza, el vértigo, la disnea, la confusión, la dilatación de las pupilas, las convulsiones y el coma.

Carcinógenos

De las más de tres mil sustancias químicas encontradas en el humo del tabaco, al menos veinte tienen efectos cancerígenos demostrados. Estas sustancias están contenidas, fundamentalmente, en el alquitrán.

Otro grupo de sustancias carcinógenas presentes en el humo del tabaco son elementos radiactivos, fundamentalmente el polonio-210.^{2, 7, 8}

4.4.-Humo del cigarrillo en el organismo

El humo del cigarro comienza su trayecto en la absorción bucal, de ahí sigue por la faringe, se dirige a la tráquea en sus dos conductos los bronquios pasa por los bronquiolos y desemboca en los alveolos (pulmones).

De los pulmones, a través de la circulación pulmonar, llega a la circulación arterial nueve a diez segundos accede al cerebro. Posteriormente se distribuye por vía sanguínea, finalmente llegando al interior de las células.

El metabolismo se lleva a cabo principalmente en el hígado.

La nicotina no metabolizada, así como otras sustancias son excretadas principalmente a través del riñón, otras vías de eliminación son la saliva, el sudor, la leche materna y a través de la placenta.

Inmediatamente después de la absorción, la nicotina va a producir una activación de las glándulas adrenales con la consecuente descarga de adrenalina, lo que produce estimulación corporal y descarga súbita de glucosa con aumento de la presión arterial así como de la respiración y el ritmo cardiaco. Además, su potencial adictivo también se debe a que produce liberación de dopamina en las regiones del cerebro que controlan las sensaciones de placer y bienestar.^{8,9}

5.- Características generales de algunas manifestaciones en cavidad bucal por consumo de tabaco

5.1.-Pigmentaciones en la superficie dental

Se presentan pigmentaciones de color amarillo, café a negro en los dientes debido a las sustancias contenidas en el tabaco que se alojan en las fisuras del esmalte.

La coloración depende de la cantidad de cigarrillos que fume la persona.

Se presenta con mayor frecuencia en el área lingual de los incisivos inferiores y con menor frecuencia en el área palatina de los incisivos superiores (véase en figura 2, 3, 4).^{13, 14}



Fig. 2 Pigmentación leve ocasionada por consumo de tabaco³⁴



Fig. 3 Pigmentación moderada ocasionada por consumo de tabaco.³⁵



Fig. 4 Pigmentación severa ocasionada por consumo de tabaco.³⁶

5.2.-Halitosis

Se conoce como el olor desagradable que emana de la cavidad bucal cuyas causas son múltiples algunas de ellas son locales tales como: escasa higiene bucal, alcoholismo, tabaquismo y en otras ocasiones su origen es sistémico.

El mal olor de la boca se produce por la descomposición bacteriana de restos alimentarios presentes en los dientes y la saliva.

Es muy frecuente presentar halitosis al despertar por la mañana, después de varias horas de sueño, cuando las estructuras de la boca han estado en reposo y la producción de saliva ha sido muy escasa.¹²

5.3.-Disminución del gusto

El gusto es determinado por la función de las papilas gustativas en la boca. Esto permite seleccionar los alimentos según los deseos y necesidades de cada persona.

Cuando existe pérdida o disminución considerable del sentido del gusto es que la persona tiene ageusia y se debe a cualquier factor que interrumpa la transferencia de sensaciones de sabor al cerebro esto puede ser por: gripe, tabaquismo, consumo de medicamentos o edad avanzada.

Ahora bien la disgeusia se comporta como un cambio perceptivo del sabor de los alimentos y bebidas. En algunos casos, el cambio en el sabor es muy radical y apreciablemente repulsivo. Se describe como sabor metálico o fétido.

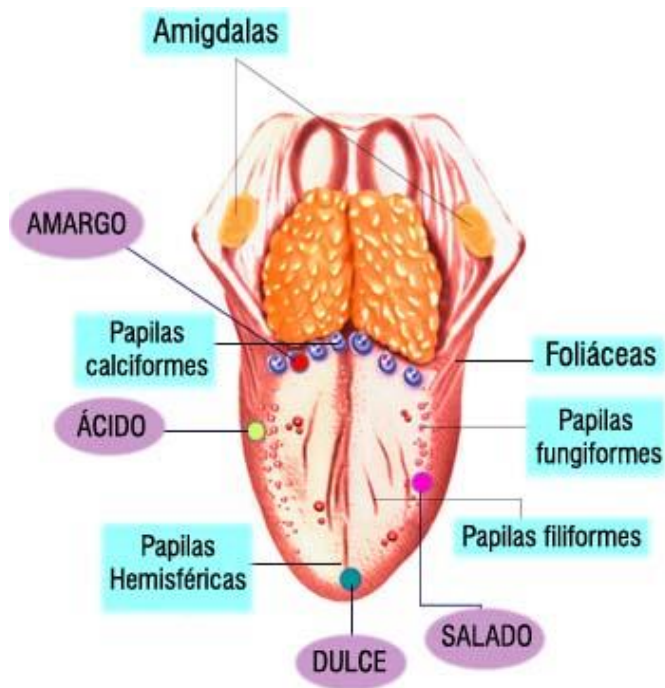


Fig. 5 Localización de papilas gustativas.³⁷

5.4.-Retraso en la cicatrización de heridas

Son las heridas que prolongan en exceso su curación, tanto en tejidos blandos como en huesos.

Los factores que causan retraso o inhibición de la cicatrización se clasifican en dos categorías locales y generales.

Factores locales: Están relacionados con la propia herida como cuerpos extraños, tejido necrótico, traumatismo repetido. Los cuerpos extraños en las heridas predisponen a su infección y por lo tanto, retrasa su curación.

Factores generales: Estos factores suelen ser sistémicos pero con efecto local en el proceso de reparación de las heridas. Entre estos factores se incluyen: Deficiencias nutricionales, diabetes mellitus, agentes quimioterapéuticos, cáncer, edad avanzada, insuficiencia hepática, tabaquismo.¹⁵

5.5.-Periodontitis crónica

La periodontitis es una enfermedad crónica e irreversible que puede iniciar con una gingivitis por placa dentobacteriana, para luego proseguir con una pérdida de inserción colágena, recesión gingival, e incluso la pérdida de hueso, en el caso de no ser tratada, dejar sin soporte óseo al diente. La pérdida de dicho soporte implica la pérdida irreparable del diente mismo.

Sus características clínicas son:

- Alteración de color, textura, volumen, sangrado gingival
- Pérdida de nivel de inserción
- Bolsas periodontales

- Recesión gingival
- Pérdida de hueso alveolar
- Movilidad dental
- Migración y exfoliación dental.

Además de la placa dentobacteriana existen otros factores locales y sistémicos que determinan el inicio y la progresión de la periodontitis como son: tabaquismo, diabetes mellitus, mala higiene. Sin embargo, es de vital importancia comprender que la única forma de evitar su aparición es manteniendo una adecuada higiene oral y visitas periódicas al odontólogo (véase en figura 6 y 7).¹⁰



Fig. 6 Avances de periodontitis.³⁸



Fig. 7 Periodontitis crónica.³⁹

5.6.-Leucoplasia

La leucoplasia (del griego *leukós*, blanco y *plasia*, proliferación) es un término utilizado para ciertas lesiones bucales, cuya característica principal consiste en una placa blanquecina bien delimitada de la mucosa bucal que normalmente no puede desprenderse por raspado, forma parte del epitelio, y está en crecimiento.

Es asociada a factores que la provocan, sobre todo el tabaco; dejando el consumo de este hábito, puede llegar a remitir. También puede aparecer en zonas no queratinizadas como en el suelo bucal o lengua por lo cual se recomienda realizar siempre la biopsia. Este tipo de lesión tiene una mayor incidencia en varones entre 40-70 años.

La etiología está asociada al tabaco, etiología idiopática, alcohol, VIH, factores irritativos o virus (véase en figura 8 y 9).¹⁶



Fig. 8 y 9 Leucoplasia.⁴⁰

5.7.-Eritroplasia

Es una pigmentación rojiza de la mucosa bucal causada frecuentemente por displasia epitelial o carcinoma epidermoide, suele ser asintomática y no tiene causa aparente.

Se presenta principalmente en personas que fuman cigarrillos. Puede encontrarse en el piso de boca, superficies lateral y ventral de la lengua, paladar blando y mucosa de los carillos (véase en figura 10).¹⁶



Fig. 10 Eritroplasia en paladar.⁴¹

5.8.-Candidiasis bucal

El tipo de candidiasis en el que el factor de riesgo es el tabaquismo es la candidiasis pseudomembranosa. Consiste en placas blancas, blandas, cremosas sobre una mucosa eritematosa.

Las placas blancas pueden desprenderse fácilmente con una gasa dejando una superficie hemorrágica, éste es un signo importante que nos indica que se trata de candidiasis.

Se localiza con más frecuencia en la mucosa bucal y el vestíbulo, con menor frecuencia en lengua, paladar, encía, piso de boca y labios. Se acompaña de halitosis (véase en figura 11).¹¹



Fig. 11 Candidiasis pseudomembranosa en paladar blando e istmo de las fauces.⁴²

5.9.-Melanosis del fumador

La melanosis del fumador es una pigmentación benigna de la mucosa oral, de tono pardusco y de forma irregular, asociada a tabaquismo prolongado.

Suele ser visible predominantemente en la parte anterior de la encía labial. Otras localizaciones comúnmente afectadas son la mucosa del carrillo, el piso de boca y paladar blando (véase en figura 12).¹⁶



Fig. 12 Melanosis del fumador.⁴³

5.10.-Estomatitis nicotínica

Se caracteriza por enrojecimiento e inflamación inicial, seguido de la aparición en el paladar de múltiples nódulos o pápulas circulares de color blanco grisáceo, con centros rojos umbilicados. El fondo blanco puede tener una superficie áspera y estar fisurado y arrugado.

Las lesiones también pueden presentarse en la mucosa, especialmente en el lado de la boca donde se sostiene el cigarro o la pipa (véase en figura 13 y 14).¹⁶



Fig. 13 Estomatitis nicotínica en paladar.⁴⁴



Fig. 14 Estomatitis nicotínica en paladar.⁴⁵

3.11-Cáncer bucal

El carcinoma epidermoide es la neoplasia más frecuente de la cavidad oral y está fuertemente relacionado con el hábito tabáquico, el virus del papiloma humano (VPH), inmunosupresión y dietas bajas en frutas y verduras. Suele presentarse en varones de mediana edad y clínicamente se caracteriza por aparecer sobre todo en la cara lateral y ventral de la lengua y en el suelo de la boca. La manifestación clínica más frecuente es la presencia de una úlcera dura, indolora, con bordes irregulares, sin halo inflamatorio.

Puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia.

El diagnóstico precoz es vital para mejorar el pronóstico de estos pacientes, ante una úlcera oral que no desaparece en 3 semanas está indicada la realización de una biopsia, sobre todo en individuos fumadores y consumidores habituales de alcohol (véase en figura 15).^{10, 16}



Fig. 15 Carcinoma epidermoide.⁴⁶

6.-Cambios conductuales

El fumar constituye una experiencia enriquecedora para la percepción del sujeto que está formando su personalidad en la adolescencia, que además de las relaciones cotidianas, asociadas al uso del tabaco, le proveen en gran medida, de un ambiente de aceptación donde se siente valorado, seguro y sin rechazo, confiando en sus propias capacidades.

El fumar proporciona un sin fin de reforzadores sociales que invitan al individuo a tener sus primeros contactos. El adolescente se encuentra en un periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad madura independiente, en la búsqueda de su identidad. Utilizará todo aquello como fumar, que influyan en el cumplimiento de las expectativas que requiere.^{17, 19}

6.1.-Factores que intervienen en el inicio del hábito

- Factores Personales

El riesgo de convertirse en fumadores es mayor en adolescentes con baja autoestima, estrés, déficit de habilidades sociales, depresión, escaso autocontrol y necesidad excesiva de autoaceptación. El tabaco les alivia el estrés.

Los adolescentes tienen la idea de que el fumador es una persona independiente y envidiable. En esta edad, fumar puede ser equiparable a “parecer mayor”, ya que consideran que fumar es una manera de comunicarse y negociar con el mundo adulto.

En este sentido, el fumar sería para los adolescentes una forma de anticiparse a ser hombres y/o mujeres.

La depresión está relacionada con la iniciación y mantenimiento de la adicción al tabaco, Las personas con depresión fuman más y las personas que fuman más, tienen mayor probabilidad de depresión, lo que representa un círculo vicioso.

- Factores sociales

Todas las conductas sociales humanas son aprendidas por curiosidad y/o imitación, tal es el caso del uso indiscriminado de diferentes sustancias. En las primeras etapas de la vida, son los padres, hermanos y educadores los que ejercen mayor influencia en nuestras costumbres, gustos y hábitos, posteriormente son los grupos de amigos y compañeros de colegio los que ocupan ese lugar.

1. Familia: Conflictos familiares, poca supervisión a los adolescentes, falta de o mala comunicación y miembros de la familia que fumen.
2. Compañeros: Amigos que fuman, aceptación del grupo social, presión del grupo.
3. Educadores, figuras autoritarias como maestros, médicos, sacerdotes etc. que fumen.

Una vez experimentado el uso de cigarro, en la mayoría de los casos, se produce este hábito. La primera experiencia es decisiva, aunque se ha observado que la probabilidad de que aquellas personas que experimentaron tos, náuseas o molestias de garganta sigan fumando es menor, que las que en un principio no tuvieron molestias.

- Factores ambientales

Dentro de estos factores está la publicidad (comunicación persuasiva) que es un arma poderosa en el fomento y consumo del hábito, ya que trata de transmitir la idea de que fumar es algo normal, elegante, moderno, excitante o romántico, incluso deportivo, sano, liberador y, por supuesto, un comportamiento adulto. Esta publicidad se dirige, sobre todo, a los “futuros consumidores”, es decir, a la población más joven (adolescentes), que es más fácil de captar y que posteriormente, con el paso de los años, va a tener dificultades para dejar de fumar.

En los países donde los adolescentes tienen acceso a la publicidad del tabaco influye en su consumo y en los países donde se ha prohibido dicha publicidad, el consumo de tabaco ha disminuido.

Fumar cigarrillos es muy accesible, existe venta de cigarrillos por unidades en puestos ambulantes, aunque esté prohibido, así como venta de cigarrillos a menores de edad, aunque insistan en evitarlo.^{2, 3, 17, 18, 19}

6.2.-Fases de la adopción del hábito

Generalmente cuando una persona inicia con el hábito de fumar lo puede hacer por diferentes factores, fundamentalmente personales y de entorno, por simple curiosidad, o porque sus padres lo hacen.

La adopción del hábito de fumar puede dividirse en varias fases:

- Fase de preparación

El adolescente va creando ideas y expectativas relacionadas con el fumar, tales como el hacerlo le hará más independiente, adulto o reducirá su estrés. El joven va asumiendo que el fumar es normal debido a su entorno (padres, hermanos, maestros) y todo lo que le rodea (medios de comunicación, anuncios).

- Fase de iniciación

Es el periodo de los primeros contactos con el tabaco. Se trata de encontrar qué sensación esconde el mismo.

Prueban el tabaco generalmente en presencia de sus amigos y compañeros, por una parte va a experimentar efectos desagradables, como son mareos, náuseas, vómito y por otra, refuerzos psicosociales positivos.

- Fase de experimentación

En esta fase se repite la conducta de fumar, el consumo es esporádico por la presión del entorno de amigos y esta repetición suele asociarse con los fines de semana, fiestas etc. Generalmente el consumo es superficial (no se aspira el humo).

- Fase de habituación

Es la etapa en la cual se produce dependencia física y el consumo de cigarrillos se convierte en un hábito como respuesta a las experiencias y motivaciones internas y externas tanto de orden social, psicológico y ambiental. En esta fase son decisivas las convicciones y creencias de los

efectos del tabaco por ejemplo: que tranquiliza, disminuye el estrés, da confianza, combate el aburrimiento, hace parecer de mayor edad etc.

- Fase de mantenimiento y adicción

En este periodo se adquiere la dependencia física y psicológica a los cigarrillos. Es el momento en que se necesita la nicotina de forma regular.³

6.3.-Mantenimiento del hábito

Una vez que se ha producido la fase de adquisición del consumo de cigarro, en poco tiempo se avanza al uso regular de este. Intervienen algunos factores como:

Factores farmacológicos: por adicción a la nicotina.

Factores condicionantes:

- Hábitos: asociación de situaciones gratificantes con el fumar, por ejemplo después de comer o antes de dormir, charla con los amigos.
- Sensoriales: necesidad de manipular algo en las manos o en la boca, gusto por el sabor o el olor del cigarro, visión de la cajetilla o el encendedor, presencia de ceniceros.
- Reforzamiento social positivo: creencias, como el ser más atractivo o verse más adulto.

La dependencia entre otros aspectos, es dada por los siguientes elementos:

- 1.- Refuerzo positivo: La nicotina potencializa la capacidad de concentración, hace que mejore el sentido del humor, reduce el estrés.
- 2.- Rapidez del efecto: Tras la inhalación del humo del cigarro, la nicotina tarda de siete a diez segundos en llegar al cerebro, por lo que el efecto es inmediato.
- 3.- Control de la dosis: La forma de administración de la nicotina a través del cigarro hace posible el control de la dosis por parte del fumador.
- 4.- Frecuencia de administración: Es habitual una administración repetida de la nicotina durante el día, dosis que cada vez debe aumentarse.

La clasificación del consumo de tabaco, de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud, establece que se considera fumador leve: a los usuarios que consumen de uno a cinco cigarros al día, fumadores moderados, a quienes fuman de seis a once cigarros al día y fumadores severos a los que consumen de once a veinte o más cigarros al día.

- 5.- Automatización: El hábito de fumar llega a convertirse en un acto automático debido a la alta frecuencia de administración.^{2, 3, 7, 19}

6.4.-Tipos de fumadores

Los fumadores habituales o activos son los consumidores de tabaco. Entre ellos se pueden encontrar:

- * El fumador negativo: Es aquel que fuma en situaciones de crisis y utiliza el tabaco como relajante.

* El fumador hedonista: Es aquel que fuma de forma controlada y disfruta del placer del humo del cigarro.

* El fumador habitual o crónico: Fuma constantemente sin ser consciente de ello, consume el tabaco en grandes cantidades y en su gran mayoría no sabe por qué fuma.

* El fumador drogodependiente: Fuma constantemente y se siente incómodo si le faltan los cigarros. No puede estar sin un cigarro en la mano y enciende uno detrás otro.

* El fumador pasivo: Es aquel que no consume el tabaco pero está afectado por el uso de otros que lo consumen. La combustión del cigarro en personas que están cerca de los fumadores, por la expulsión de sustancias gaseosas contaminan e intoxican el organismo de las personas que no están fumando, ya que lo que los fumadores expulsan es tres veces más tóxico que lo que tragan.

6.5.-Fases del fumador

El fumador pasa por una serie de cambios conductuales temporales, que regularmente son cíclicos, hasta que la persona puede abandonar el hábito.

- I. Fase de precontemplación: El fumador disfruta el hábito de fumar y no se plantea ningún problema por ello. No posee información respecto de los efectos perjudiciales del tabaco, o si la tiene no quiere entenderla es lo que llamamos un fumador consonante; No quiere dejar de fumar y no piensa cambiar su conducta.

- II. Fase de contemplación: Se da cuando el fumador ya está pensando en dejar de fumar. Conocen los riesgos de fumar, pero no se deciden de forma definitiva, comienza a ser fumador disonante.
- III. Fase de preparación: En esta fase se encuentran los fumadores que se plantean la idea de dejar de fumar en un mes.
- IV. Fase de acción: Es cuando el fumador ya está intentando dejarlo.
- V. Fase de mantenimiento: En ella se encuentran los fumadores que han dejado el hábito.
- VI. Fase de recaída: Es la reincidencia del consumo tras un periodo de abstinencia (días, meses, años). Se acompaña de una gran pérdida de autoestima personal. Esta también puede darse en las fases anteriores como la de preparación, acción o mantenimiento.



Fuente Directa

Una pequeña parte de los adultos que fuman, realizan un intento serio de abandono del hábito cada año y la mayor parte de los fumadores hace más de un intento hasta que lo consiguen, La mayoría de estos intentos se lleva a cabo sin un tratamiento formal.

La principal razón por la cual un fumador va a plantearse dejarlo, es por motivos relacionados con su salud, aunque pueden existir otras motivaciones, como la economía, la presión social, el embarazo, etc.

Nuestra intervención, como profesionales de la salud, debe ir encaminada a facilitar el paso de una etapa a otra y conseguir que el sujeto deje de fumar y se mantenga sin hacerlo.^{23, 24, 25, 26}

7.- Proceso para dejar de fumar

Es importante el papel de los profesionales de la salud, es decir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, odontólogos, etc., para identificar a los pacientes fumadores. Resulta relevante la intervención de los profesionales de la salud en la identificación de conductas de riesgo de los pacientes, como es el tabaquismo. Iniciar intervenciones específicas que motiven a los pacientes dejar de fumar.

Los profesionales de la salud deben interrogar sobre tabaquismo a sus pacientes al realizar la historia clínica con preguntas como: ¿fuma?, ¿hace cuánto tiempo fuma?, ¿ha pensado en dejar de fumar?; Estas preguntas son clave y nos indican en qué fase se encuentra el fumador, para lo que es importante conocer a la perfección tales etapas, para una buena intervención y ayuda de parte del promotor de la salud.



Fuente Directa

- a) Fase de precontemplación: la persona no está dispuesta a dejar el hábito, puede estar a la defensiva.

Debe aprovecharse la identificación de sujetos sin motivación para dejar de fumar y que por tanto, no planean dejar de hacerlo. Para en el futuro inducirlos a tomar la decisión, una simple guía de ayuda los incita a una actitud más positiva.

- b) Fase de contemplación: Son personas que se plantearían dejar de fumar en los próximos seis meses.

En esta etapa el consejo médico juega un papel muy importante. En este tipo de pacientes la intervención más útil consiste en proporcionarles de manera continua información suficiente para incrementar la motivación, propiciar que empiecen a considerar la posibilidad real de dejar de fumar en un futuro próximo.

- c) Fase de preparación: Corresponde a realizar planes, fijar fechas y convencerse de que el cambio debe hacerse, decidiendo intentarlo.

En esta etapa los fumadores tienen motivación para realizar un intento de dejar de fumar en los siguientes treinta días, se les debe ofrecer alguna de las modalidades de tratamiento disponibles.

- d) Fase de acción: Es cuando el fumador ya está intentando dejarlo, modifica activamente el hábito y lleva a cabo estrategias para lograrlo.
- e) Fase de mantenimiento: El fumador dejó de fumar y permanece así, aun con esto, hay que tomar en consideración la fase de recaída.

En estas etapas juega un papel muy importante la motivación de la persona que intenta o quiere dejar de fumar, existen dos tipos de motivación:

- **Motivación interna:** Es la motivación que la propia persona puede darse a sí misma. Inicia cuando el paciente adquiere el conocimiento necesario como: las consecuencias que genera el seguir fumando, a continuación se genera el deseo del cambio conductual: “dejar de fumar”, la motivación que el individuo genera es la fuerza de voluntad para llegar a su objetivo. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador.
- **Motivación Externa:** Es la que llega del exterior hacia el individuo, es la labor que debemos realizar como profesionales de la salud con comunicación persuasiva. Se le proporciona información y consejo con un adecuado soporte informativo, también poniendo a su disposición opciones y alternativas.

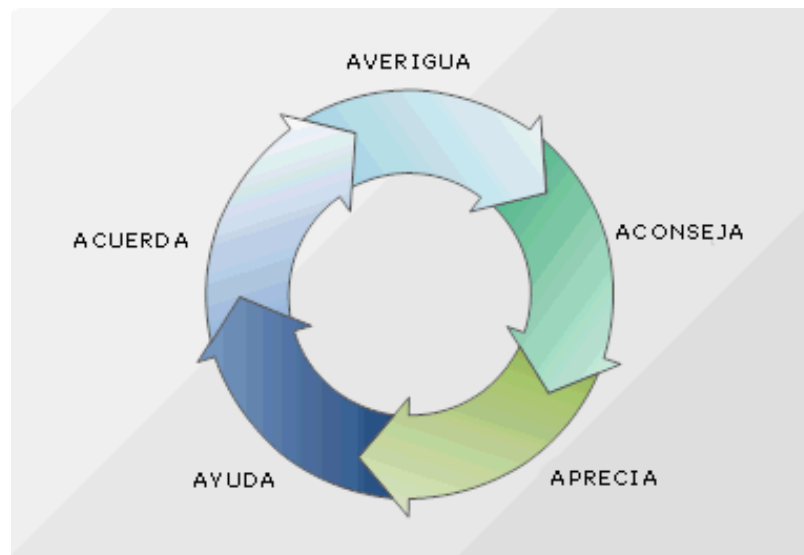
Si el paciente nos lo permite y admite nuestra participación se puede elaborar un plan de acción donde es fundamental la participación activa del paciente, donde se elaboran metas, se consideran y evalúan las opciones de cambio. Expresando siempre nuestra empatía y preocupación para llegar a un fin común.

Contenidos indispensables de la intervención mínima

- Preguntar a cada paciente si fuma
- Registrar los datos personales sobre el consumo de tabaco
- Ofrecer un seguimiento, avisando que se le preguntará sobre el tema en posteriores visitas
- Tener materiales informativos visibles en la consulta y sala de espera
- Informar al fumador sobre recursos, métodos o servicios especializados
- Entregar documentación escrita sobre consejos y guía práctica para dejar de fumar

Fuente Directa

Nunca hay que perder de vista que como profesionales de la salud, nuestra prioridad es el bienestar de los pacientes.



Fuente Directa

FASE	ESTRATEGIA
Precontemplación (no quiere modificar su conducta)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar más información • Ayudarle a confiar en sus posibilidades • Personalizar la valoración
Contemplación (está ambivalente: reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar, pero tiene dudas para hacerlo)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio • Explorar la ambivalencia. Balance decisional • Proporcionar un plan de apoyo
Preparación para la acción (toma la decisión y se compromete a emprender el cambio en los próximos 30 días)	<ul style="list-style-type: none"> • Aclarar las metas y estrategias del paciente • Ofrecer un tratamiento • Reducir las barreras para el cambio
Acción (cambia la conducta)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo para dejar de fumar (psicológico, farmacológico o ambos) • Elaborar un plan de cambio. Ofrecer distintas alternativas para que el paciente elija • Ayudarle a prepararse para posibles problemas que surjan en el proceso de abandono
Mantenimiento (mantiene el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo
Recaída (vuelve a la conducta previa)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a comprender las razones de la recaída • Reforzar su confianza para cambiar de nuevo • Ayudar a hacer planes para el próximo intento • Ofrecer apoyo incondicional

Fuente Directa

7.1 Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es el conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona con adicción al tabaco deja de consumirlo.

Por regla general, cuanto más tiempo y más cigarrillos haya fumado una persona, mucho mayor será la probabilidad de que presente síntomas al abandonar el consumo de tabaco.

Se pueden notar síntomas de abstinencia de nicotina al cabo de 2 a 3 horas después del último consumo de tabaco. Los síntomas alcanzan su pico máximo aproximadamente de 2 a 3 días después. Los síntomas comunes son:

- Un deseo irrefrenable por fumar
- Ansiedad
- Mareos y vértigo
- Náuseas y vomito
- Temblor de manos
- Depresión
- Somnolencia o insomnio, al igual que malos sueños y pesadillas
- Sentir tensión, inquietud o frustración
- Dolores de cabeza
- Incremento del apetito y aumento de peso
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Cansancio
- Hormigueo en la piel

Se han desarrollado diversas estrategias para que cumplan con el objetivo de superar definitivamente el síndrome de abstinencia y dejar de fumar.

8.- Estrategias para abandonar el hábito de tabaquismo

El fumar es un hábito que genera dependencia, por lo que dejar de fumar no es fácil para un fumador drogodependiente.

8.1.- Tratamiento psicológico

No hay que olvidar que los componentes psicológicos tienen gran relevancia en esta adicción. Esto porque muchas veces el placer de encender un cigarro se experimenta más con el rito de esta acción asociada a un descanso, un café, término de la comida o la conversación con amigos, que por la gratificación física que logra la persona. Es lo que se llama fuerza de la costumbre que es muy difícil de derrotar.

Hay que tomar en cuenta la gran dificultad del fumador para alcanzar y mantener la abstinencia. Se han desarrollado una serie de estrategias para dejar de fumar que varían según se apliquen a la comunidad en general o a la persona en particular e incluyen:

- ✓ Consejo médico: El consejo médico es la herramienta disponible más simple con la que se cuenta para influir de manera decisiva en un fumador, para que deje de fumar. Sin embargo, muy pocos de los profesionales se ocupan en proporcionar consejo a la mayoría de los pacientes fumadores que realizan cuando menos una visita anual al consultorio. Para los pacientes fumadores que definitivamente no están interesados en dejar de fumar, la participación del médico como promotor de la salud no queda cancelada del todo.

- ✓ Campañas educativas: Informan al fumador a los riesgos que está sometido y a través de mensajes lo estimulan para que tome acciones. Por ejemplo, con las campañas a través de los medios de comunicación.
- ✓ Autoayuda: Muchos fumadores dejan de fumar sin necesidad de recurrir a ningún tipo de ayuda profesional. La incorporación de materiales que provean información puede ser de utilidad para lograr intentos exitosos para dejar de fumar, tales manuales, trípticos, folletos, libros, videos etc. En lo posible deben incluir información acerca de las consecuencias de fumar y suministrar estrategias y ejercicios específicos para lograr la abstinencia, el mantenimiento y la prevención de las recaídas.
- ✓ Clínicas y grupos de apoyo: Reúnen a grupos de personas fumadoras a fin de suministrar información y métodos para el manejo de los síntomas de supresión, el control de estrés y el cambio de actitud. Constituye un método de psicoterapia cuyo objetivo es enseñar a los pacientes a pensar de manera racional. La terapia de grupo se basa en la utilización de herramientas de apoyo cognitivo-conductual encaminadas a modificar la percepción y las actitudes del paciente hacia el cigarro y sus efectos nocivos. Habitualmente la terapia se proporciona en grupos de apoyo que se reúnen en forma periódica por espacio de cuatro a seis semanas.
- ✓ Métodos comportamentales: Buscan modificar la conducta del fumador por medio de estrategias como la terapia aversiva y el reforzamiento positivo.^{27, 28}

8.2.- Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del tabaquismo se ha desarrollado mucho en la última década. Han surgido nuevos fármacos para ayudar a los fumadores a dejar el tabaco.

Sin duda la administración de nicotina mediante el consumo de cigarros o puros es la forma más rápida y determinante de llegar a ser dependiente de esta sustancia. Por el contrario, no es frecuente hacerse dependiente de la nicotina si ésta se consume de otra forma, mediante el tratamiento sustitutivo con nicotina.

➤ Tratamiento sustitutivo con nicotina

Este tratamiento está reconocido como farmacoterapia de primera línea y se utiliza con éxito en el tratamiento del tabaquismo.

El tratamiento sustitutivo de nicotina, se basa en la administración de nicotina pura por una vía distinta a la fumada (dérmica, ingerida, inhaladores etc.), para controlar y minimizar los síntomas del síndrome de abstinencia que se manifiestan en la mayoría de los fumadores moderados y severos al dejar el hábito, para ayudar al proceso de deshabitación.

Este tratamiento se desarrolló en Suecia hace más de veinte años. En la actualidad se utilizan de manera común como la goma masticable, parches transdérmicos, comprimidos para chupar y finalmente el inhalador, sobre el cual todavía no existen muchas investigaciones en México.

Reducir el número de cigarrillos consumidos al día no sólo incrementa la motivación para realizar intentos de abandono definitivo del tabaco, sino que también aumenta las posibilidades de conseguirlo.

El fumador iniciará el tratamiento para reducir el número de cigarrillos que consume diariamente, pero sabiendo que el objetivo final será el abandono definitivo.

a) Chicle de nicotina

Es una goma de mascar que contiene de dos a cuatro miligramos de nicotina. Por medio de la masticación la nicotina se libera en el interior de la cavidad bucal, con esto se evita que el fumador que está dejando de serlo presente los síntomas del síndrome de abstinencia.

El fumador tiene el control de la administración de la goma de mascar.

El chicle es una forma de administrar la nicotina relativamente rápida. Esta es una de sus características. Puede utilizarse de forma puntual con el objetivo de controlar situaciones de deseo compulsivo intenso y por otro lado, puede administrarse de forma pausada para conseguir valores continuos de nicotemia que ayudarán a aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia que experimenta el fumador.

El tratamiento se mantiene regularmente por tres meses aproximadamente, es importante no rebasar este lapso de tiempo, reduciendo progresivamente la dosis.

Los usuarios pueden presentar efectos adversos que suelen ser leves y en la mayoría de las veces pasajeros (irritación de garganta, náuseas, diarrea, flatulencias).

b) Comprimidos para chupar

Son unos comprimidos que contienen uno o dos miligramos de nicotina. Su mecanismo de absorción es relativamente similar a los chicles.

c) Parche de nicotina

El parche es un dispositivo cargado de nicotina que está preparado para su acción a través de la piel cuando se adhiere a ella.

Hay tres tipos de parches de nicotina, que se diferencian entre sí por las concentraciones de nicotina que poseen y que liberan, por su diferente tiempo de liberación y porque consiguen distintos valores de nicotinemia.

Existen presentaciones en el mercado que se diferencian por la cantidad de nicotina que contienen y el tiempo de aplicación prescrito: doce, dieciséis y veinticuatro horas. El parche debe colocarse sobre una zona de piel limpia, seca y sin vello (por ejemplo, cara anterior del antebrazo, pierna, cadera y tronco) y se retira al día siguiente si es de veinticuatro horas o por la noche si es de dieciséis o doce horas. Las dosis varían en función del tipo de parche y de las características del fumador, así como de la etapa de tratamiento en la que se encuentre.

Se recomienda utilizarlos quince días previos al día de abandono del tabaco. El parche representa una forma de administración de nicotina lenta y progresiva.

Como regla debe administrarse un miligramo de nicotina por cada cigarro consumido, y son recomendables para fumadores con dependencia física de leve a moderada. En los que manifiestan dependencia severa, no han demostrado ser muy útiles porque no incrementan el porcentaje de éxito.

Las bajas concentraciones de nicotina en sangre que se alcanzan con ellos podrían explicar este hecho. Por ello, en algunos casos es muy recomendable emplear dos parches al mismo tiempo.

Deben utilizarse durante un periodo no inferior a 6-8 semanas y no superior a doce. La interrupción precoz del tratamiento con parches de nicotina, antes de las seis u ocho semanas, facilita la recaída, y su prolongación más allá de doce semanas no incrementa las posibilidades de éxito.

Los parches deben emplearse a dosis altas durante las primeras semanas.

Las principales ventajas son la facilidad de uso y los pocos efectos secundarios, las desventajas de su uso de éste es que pueden causar como efecto secundario irritación en la piel, por lo que es recomendable cambiarlo de lugar cada vez.

d) Inhalador de nicotina

Este dispositivo de administración de nicotina se compone de dos piezas: una boquilla y un cartucho que contiene diez miligramos de nicotina y un miligramo de mentol. La boquilla tiene en uno de sus extremos un biselado especial para adaptarse a la boca del fumador. Con este sistema el aire es saturado con nicotina antes de ser inhalado y se consiguen niveles de nicotina en sangre de forma rápida.

Cada inhalador puede soportar hasta cuatrocientas inhalaciones. No se recomienda utilizar menos de dos ni más de cuatro cartuchos al día. Es conveniente mantener el tratamiento durante dos meses; a partir del segundo mes se debe reducir la dosis en un veinticinco por ciento, y continuar así hasta suspenderlo.

Entre sus desventajas, el inhalador de nicotina alcanza prontamente altas concentraciones en sangre, por lo que existe la probabilidad de crear mayor adicción.

No existen estudios confiables ni válidos para su uso en la población mexicana, por lo cual se recomienda supervisión estricta del médico.

➤ **Bupropión**

El bupropión es un polvo blanco y amargo que se expende en forma de comprimidos, es un antidepresivo que ayuda al abandono del hábito de fumar a largo plazo.

Se encuentra indicado para fumadores de moderada a alta dependencia. Se presenta en comprimidos de ciento cincuenta miligramos. La prescripción recomendada es de ciento cincuenta miligramos al día durante los seis primeros días y seguir con ciento cincuenta miligramos dos veces al día (con al menos ocho horas de separación). El tratamiento se mantiene durante un plazo aproximado de siete a nueve semanas. Este se inicia mientras el paciente fuma, y supuestamente se debe dejar de fumar en el transcurso de la segunda semana.

La principal contraindicación para su prescripción es la existencia de antecedentes de convulsión y epilepsia, su uso no está indicado en menores de dieciocho años, ni en embarazo o lactancia, en pacientes con trastornos bipolares, anorexia nerviosa, bulimia, tumor cerebral o hipersensibilidad al bupropión. No debe usarse en pacientes con insuficiencia hepática o cirrosis.

Esté especialmente indicado en fumadores que han fracasado con el tratamiento sustitutivo con nicotina, en los que existen antecedentes de depresión o alcoholismo, debe ser bien controlado por el médico.

Las reacciones de hipersensibilidad pueden presentarse del 1° al 3° día con erupción cutánea, prurito, urticaria y dolor torácico. Los casos de hipersensibilidad retardada que pueden comenzar entre el 6° y el 21° día de comienzo del tratamiento (eritema, dolor, rigidez articular, dolores musculares y fiebre). Por todo ello se le debe informar al paciente de esta posibilidad, para que ante cualquier síntoma suspenda el tratamiento.

Los efectos adversos de mayor frecuencia son: insomnio, dolor de cabeza, sequedad de boca y sabor metálico que en la mayoría de los casos no requiere suspender el tratamiento.

➤ **Vareniclina**

Es un fármaco especialmente desarrollado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Tiene la capacidad de estimular el receptor nicotínico y controla el síndrome de abstinencia, de bloquea los efectos que la nicotina produce; por ello, su utilización cuando se está dejando de fumar facilita que no se acompañen con la recaída.

Se elimina casi en su totalidad a través de la orina sin metabolización hepática.

Se recomienda tomar un comprimido de 0.5 mg. Una vez al día durante los primeros tres días, seguido de dos comprimidos de 0.5mg. dos veces al día del 4° al 7° día. El 8° día es el señalado para dejar de fumar. A partir de este día, se incrementa la dosis a 1mg. Dos veces al día y se continua con esa dosis durante once semanas más.

Los efectos adversos de mayor frecuencia son: nauseas, sueño y dolor de cabeza.

Los efectos ocasionales son: aumento de apetito, somnolencia, mareos, vómitos, estreñimiento, distensión abdominal, molestias estomacales, flatulencias y sequedad bucal.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo, embarazo y lactancia.

➤ **Vacuna antitabaco**

Los científicos parecen haber encontrado un tratamiento nuevo: una vacuna llamada Nicvax, que se encuentra en fase experimental y que tiene como principal efecto impedir la llegada de la nicotina a los centros del cerebro donde ésta sustancia produce sensaciones placenteras.

La idea de una vacuna es una gran esperanza para la lucha contra el tabaquismo.

Se ha planteado que en los humanos sería necesario un refuerzo cada dos años.

La vacuna sería útil:

- En la prevención del inicio del hábito del tabáquico
- Para ayudar a dejar de fumar
- En la prevención de las recaídas
- En la prevención de los daños ocasionados por el tabaco

Pero por ahora sólo contamos con los resultados de la fase I y II de ensayos clínicos controlados, que si bien demostraron seguridad y eficacia, todavía faltan los resultados de los experimentos en humanos (fase III) para poder beneficiarnos de esta nueva propuesta terapéutica contra el tabaquismo. ^{27,}

28,31

9.-Legislación para prevención del tabaquismo

✓ Ley general para el control del tabaco

Aplicada a la salud publica en el Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La última reforma se publicó el primero de junio del 2010.

Contiene los siguientes incisos:

- I.** Proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco.
- II.** Proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco.
- III.** Establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco.
- IV.** Establecer las bases para la producción, etiquetado, empaquetado, promoción, publicidad, patrocinio, distribución, venta, consumo y uso de los productos del tabaco.
- V.** Instituir medidas para reducir el consumo de tabaco, particularmente en los menores.
- VI.** Fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco.

- VII.** Establecer los lineamientos generales para el diseño y evaluación de legislación y políticas públicas basadas en evidencia contra el tabaquismo.
- VIII.** Establecer los lineamientos generales para la entrega y difusión de la información sobre los productos del tabaco.
- IX.** Las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos.

Se prohíbe:

- Comerciar, vender, distribuir o suministrar cigarrillos por unidad o en empaques, que contengan menos de catorce o más de veinticinco unidades.
- El comercio, distribución, donación, regalo, venta y suministro de productos del tabaco a menores de edad.
- En los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, deberán figurar leyendas y pictogramas o imágenes de advertencia que muestren los efectos nocivos del consumo de los productos del tabaco.
- Queda prohibido realizar toda forma de patrocinio, como medio para posicionar los elementos de la marca de cualquier producto del tabaco o que fomente la compra y el consumo de productos del tabaco por parte de la población.

- Queda prohibido a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en los espacios 100% libres de humo de tabaco. En lugares con acceso al público, o en áreas interiores de trabajo, públicas o privadas, incluidas las universidades e instituciones de educación superior, podrán existir zonas exclusivamente para fumar.

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

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

Las sanciones administrativas podrán ser:

- Multa

Desde cien veces hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente al salario mínimo en incumplimiento de lo dispuesto.

En caso de reincidencia se duplicará el monto de la multa que corresponda.

El monto recaudado producto de las multas será destinado al programa contra el tabaquismo y a otros programas de salud prioritarios.

- Clausura temporal o definitiva del establecimiento

Procederá la clausura temporal o definitiva, parcial o total según la gravedad de la infracción y las características de la actividad o establecimiento de acuerdo con lo señalado.

- Arresto

Se sancionará con arresto hasta por 36 horas de acuerdo con lo estipulado.

✓ **Día Mundial Sin Tabaco (31 de mayo)**

El Día Mundial Sin Tabaco tiene el propósito de fomentar un período de 24 horas de abstinencia de todas las formas de consumo de tabaco alrededor del mundo.

El 31 de mayo de cada año la OMS celebra el Día Mundial sin Tabaco, cuyo objetivo consiste en señalar los riesgos que supone el consumo de tabaco para la salud y fomentar políticas eficaces de reducción de dicho consumo. El consumo de tabaco es la segunda causa mundial de muerte, tras la hipertensión, y es responsable de la muerte de uno de cada diez adultos.

La Asamblea Mundial de la Salud instituyó el Día Mundial sin Tabaco en 1987 para llamar la atención mundial hacia la epidemia de tabaquismo y sus efectos letales. La celebración de este día es una oportunidad para destacar mensajes concretos relacionados con el control del tabaco. El consumo de tabaco es la principal epidemia prevenible a la que se enfrenta la comunidad sanitaria.³²

10.-Conclusiones

La prevención del inicio de consumo en adolescentes se debe dar en el círculo familiar a través de la atención, educación y ejemplo de los padres.

El promotor de la salud juega un papel muy importante en la identificación de la etapa en la que se encuentra el fumador así como en su pronta intervención y ayuda para el abandono del hábito tabáquico.

Tener presente la gran dificultad del fumador para alcanzar y mantener la abstinencia, para ésto es de vital importancia tener el conocimiento de las diversas estrategias que existen para ayudar al abandono del hábito tabáquico

El consejo médico es la herramienta disponible más simple con la que se cuenta para influir de manera decisiva en un fumador para que deje el hábito. Sin embargo, muy pocos médicos o dentistas se ocupan en aconsejar a la mayoría de los pacientes fumadores que cuando menos los visitan anualmente aun para los pacientes fumadores que no están interesados en dejar de fumar, la participación del médico como promotor de la salud es muy importante.

Informar al fumador de los riesgos a los que se expone a través de mensajes lo estimulan para que tome acciones. La incorporación de materiales que provean información puede ser de utilidad para lograr intentos exitosos para dejar de fumar como manuales, trípticos, folletos libros, videos etc. En lo posible deben incluir información acerca de las consecuencias de fumar y suministrar estrategias psicológicas y farmacológicas así como ejercicios específicos para lograr la abstinencia, el mantenimiento y la prevención de las recaídas.

Si el paciente nos lo permite y admite nuestra participación se puede elaborar un plan de acción donde es fundamental la participación activa del fumador, donde se elaboran metas, se consideran y evalúan las opciones de cambio. Expresando siempre nuestra empatía y preocupación para llegar a un fin común.

Nunca hay que perder de vista que como profesionales de la salud, nuestra prioridad es el bienestar de los pacientes.

11.-Referencias Bibliográficas

¹**De Micheli A**, Izaguirre R. Tabaco y tabaquismo de la historia de México y Europa. Rev. Investigación. Clínica. 2005; Consultado en: 2013,03, hallado en: [www.desktop\Articulos\historia del tabaco.mht](#)

²**Solano S**, Jiménez CA. Manual de tabaquismo. 2ª. ed. España: Editorial Masson, 2002. Pp. 1-68

³**Jimenez CA**, Fagerström K. Tratado de tabaquismo. 2ª. ed. España: Editorial: Carlos A. Jiménez Ruiz, 2007. Pp. 3-38

⁴**González R**. Como liberarse de los hábitos tóxicos. Guía para resolver y vencer los hábitos provocados por el café, tabaco y alcohol. Rev. Cubana Medicina General Integral 1995; consultado en: 2013,03, hallado en: [www.desktop\Articulos\Revista Cubana de Medicina General Integral - Como liberarse de los hábitos tóxicos_ Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol_php.mht](#)

⁵**Holbrook J**. Trastornosneurológicos, Principios de Medicina Interna. 12ª ed. México 1991. Editorial Interamericana. Pp. 2506-2509

⁶**Warnakulasuriya S**, Sutherland G, Scully C. Tobacco oral cáncer and treatment of dependence. Oral oncology 2005; 41. Pp. 244-260

⁷**Otero M**, Ayesta FJ. El tabaquismo como trastorno adictivo. Pub. Med. Trastorno adictivo 2004; 6: 78-88.

⁸**Martín A**, Rodríguez I, Rubio C, Revert C, Hardisson A. Efectos tóxicos del tabaco. Rev. Tóxicol 2004; 21: 64-71.

⁹**Pernas M**, Arencibia L. Efectos sobre la salud de la exposición crónica al humo del tabaco en fumadores y no fumadores. Rev. Cubana de Medicina General Integral. 1998; consultada en: 2013,03, hallado en:www.articulos\Revista Cubana de Medicina General Integral - Efectos sobre la salud de la exposición crónica al humo del tabaco en fumadores y no fumadores_php.mht

¹⁰**Traviesas EM**, Rodríguez R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónica en adultos del municipio guanajay. Rev. Cubana estomatología 2007; consultado en: 2013,03, hallado en; www.articulos\Revista Cubana de Estomatología - Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay_php.mht

¹¹**Rodríguez J**, Miranda J, Morejón H, Santana JC. Candidiasis de la mucosa bucal. Rev. Cubana Estomatol 2002; consultado en: 2013,03, hallado en: www.articulos\no imp Candidiasis de la mucosa bucal Revisión bibliográfica_php.mht

¹²**Fernández MR**. Diagnóstico y tratamiento en halitosis. Rev. Científica Odontológica. 2009; 5: 85-87.

¹³**Shafer W**, Barnett L, Charles T. Tratado de patología bucal. Editorial Interamericana. 1989. Pp. 940

¹⁴**Neville B**, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral y Maxilofacial Patology. 2ª ed. USA. Editorial: Saunders Company. Pp 843

¹⁵**Balaji M.** El tabaquismo y la curación quirúrgica de los tejidos orales. Pub. Med. Indian Jordan of Dental Research 2008. 19.4: Pp. 344-348

¹⁶**Sapp P,** Eversole R, Wysocky E. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª ed, Madrid, Editorial Mosby, 2005

¹⁷**Papalia DE,** Wenkos S, Duskin R. Desarrollo humano. 8ª ed. México, Editorial Mc Graw Hill; Pp. 9-553

¹⁸**Papalia DE,** Wenkos S. Psicología. 8ª ed. México, Editorial Mc Graw Hill; Pp. 163-491

¹⁹**González L,** Berger K. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. Pub. Med. Cienc y enferm 2002; Consultado en: 2013,03, hallado en: www.articulos\epidemiologia.mht

²⁰**Bejarano J.** El consumo de tabaco en jóvenes costarricenses escolarizados. Pub. Med. Salud y drogas 2004; 4: 67-81.

²¹**Fernández S,** Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Rev. Esp. Salud pública 2002; Consultado en: 2013,03, hallado en: www.Revista Española de Salud Pública - Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis ¿Qué nos dicen los meta-análisis_php.mht

²²**Navarro MC,** Márquez JA, Márquez MJ, Castaño A. Estudio descriptivo de conocimientos de hábitos de salud bucodental en pacientes de una zona básica de salud. Pub. Med. Medicina de familia 2005; 1: 19-27.

- ²³**Fuentes JM**, Calatayud P, López E, Castañeda B. La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tabáquica. Pub. Med. Trastornos adictivos 2005; 7: 153-165.
- ²⁴**Verona P**, Rodríguez M, Alfonso K, Bonet M, Guillermo R, Fernández N, García RM. Factores asociados a etapas de cambios de comportamiento en fumadores cubanos. Pub. Med. Rev. PanamSaludPublica/ Pan am j. public health 2003; 14: 119-124.
- ²⁵**Sánchez J**. Metodología enfermera aplicada al tabaquismo. Pub. Med. IV congreso nacional de prevención y tratamiento del tabaquismo 2004; 1: 1-8.
- ²⁶**Becoña E**. Estadios de cambios en la conducta de fumar: Su relevancia en el tratamiento de fumadores. Pub. Med. Prevención del Tabaquismo. 2000; 2: 106-112.
- ²⁷**Regalado J**, Lara G, Osio J, Ramírez A. tratamiento actual del tabaquismo. Salud publica México 2007; consultado en: 2013,03, hallado en: C:\Users\Desktop\Articulos\Salud Pública de México - Tratamiento actual del tabaquismo_php.mht
- ²⁸**Jiménez CA**, Riesco JA, Ramos A, Barrueco M, Solano S, de Granda JI, Grávalos J, Ramos L, Pérez A, fagerstrom KO. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. Arch. Bronconeumol 2008; consultado en: 2013,03, hallado en: www.articulos\Texto completo ver texto completo.mht

²⁹**Salvador M**, Ayesta FJ. La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. Intervención psicosocial 2009; Consulto en: 2013,03, hallado en: [www.Desktop\Articulos\Intervención Psicosocial - La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo_php.mht](#)

³⁰**Becoña E**, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. Rev. Esp. Salud publica 2000; consultado en: 2013.03, hallado en: [www.Users\Desktop\Articulos\Revista Española de Salud Pública - Las mujeres y el tabaco características ligadas al género_php.mht](#)

³¹**Ayala NC**, Canteros TM, VizcainoMI. Vacuna antitabaco. Rev. de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina 2005; consultado en: 2013,03. Hallado en: [www.med.unne.edu.ar/revista/revista148/7_148.htm](#)

³²Cámara de diputados de H. Congreso de la Unión. Ley general para el control de Tabaco. Centro de Documentación, Información y Análisis, *Última Reforma DOF 06-01-2010*; consultado en: 2013,03. Hallado en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT.pdf](#)

³³[http://carpoilustracion.wordpress.com/2010/09/06/planta-tabaco-dibujo-a-mano-alzada/](#)

³⁴[http://www.cesarrivera.cl/pigmentaciones-dentales-manchas-dientes/](#)

³⁵[http://www.cesarrivera.cl/pigmentaciones-dentales-manchas-dientes/](#)

³⁶[http://www.cesarrivera.cl/pigmentaciones-dentales-manchas-dientes/](#)

³⁷[http://mobilisvulgaris.wordpress.com/2010/07/01/gusto/](#)

³⁸[http://saludbucal2012.blogspot.mx/2012/09/enfermedad-periodontal-en-los-ninos.html#!/2012/09/enfermedad-periodontal-en-los-ninos.html](#)

³⁹<http://infeccionesbucaleszuleney.blogspot.mx/>

⁴⁰<http://clinicadentalcostela.blogspot.mx/>

⁴¹<http://clinicadentalcostela.blogspot.mx/>

⁴²fauceshttp://aprendeodonto.blogspot.mx/2009/02/candidiasis-oral.html

⁴³<http://patoral.umayor.cl/lespig/lespig.html>

⁴⁴<http://patoral.umayor.cl/lespig/lespig.html>

⁴⁵<http://patoral.umayor.cl/lespig/lespig.html>

⁴⁶<http://patoral.umayor.cl/lespig/lespig.html>