

Abordaje integral del tabaquismo



Redes



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

González, Gabriel

Abordaje integral del tabaquismo / Gabriel González. 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2016.

200 p. ; 29 x 21 cm.

ISBN 9789503802267

1. Tabaquismo. I. Título.

CDD 615.952

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Jorge Daniel Lemus

Secretario de Promoción,
Programas Sanitarios
y Salud Comunitaria

Dr. Néstor Pérez Baliño

Subsecretaria de Prevención
y Control de Riesgo

Dra. Marina Kosacoff

Coordinador General
del Programa Redes

Dr. Gabriel González

Coordinación técnica

Dr. Gabriel González

Dr. Sebastián Laspiur

Coordinación operativa

Dra. Cintia L´Hopital

Dra. Luciana Valenti

Colaboración

Lic. Lucila Goldberg y equipo
de Vigilancia Epidemiológica

Autores

Dra. Brunilda Cassetta

Lic. Natalia Cotón

Dr. Jonatan Konfino

Dra. Paola Morello

Lic. Daniela Puntorello

Dra. Clara Sarafian

Dr. Alejandro Videla

Responsable editorial

Dr. Gabriel González

Revisión final

Dr. Sebastián Laspiur

Coordinación editorial

Lic. Marcela Juez

Lic. Ariadna Pou

Coordinación pedagógica y didáctica

Lic. Paula Bianchi

Lic. Ariadna Pou

Diseño gráfico

DG. María Laura Carnelli

Lic. Greta Guastavino

Edición

Lic. Lucía de Barrio

Lic. María Flor Gianfrini

Lic. Micaela Carolina Estebanez

Lic. Carolina Platero

09 Presentación

11 Fundamentación del curso

- 12 El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado
- 13 La atención primaria de la salud y el derecho a la salud
- 15 La renovación de la APS
- 16 ¿Qué importancia adquieren las redes de salud en la estrategia de APS?
- 18 La APS y los equipos de salud
- 19 Educación permanente: una estrategia para la renovación de los equipos de salud en la APS

23 Programa de Capacitación

- 24 Propósito, objetivos y alcance
- 24 Los contenidos: su estructura y organización
- 25 Estrategia metodológica
- 26 Evaluación y certificación

27 Módulos temáticos del trabajo

- 28 **Módulo 1:** Situación y estrategia nacional para el control del tabaquismo
- 45 **Módulo 2:** Daños ocasionados por el tabaquismo y beneficios de dejar de fumar
Introducción al tratamiento
- 59 **Módulo 3:** La importancia de promover ambientes libres de humo de tabaco
- 66 **Módulo 4:** Personas preparadas para dejar de fumar: estilos de atención y tratamientos posibles

95 Bibliografía

97 Actividades del curso

- 98 **Actividad 1:** Verdadero o falso
- 100 **Actividad 2:** Estilos de comunicación motivacional
- 101 **Actividad 3:** Conserjería práctica
- 102 **Actividad 4:** Casos clínicos para la dinámica de *Role Playing*
- 104 **Actividad 5:** Completar el *kit* de herramientas
- 104 **Actividad 6:** Cuestionario sobre fármacos y consejería

109 Anexo

- Cartografía
- Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco (versión breve)
¿Cómo le ayudará este manual a dejar de fumar?"
- Guía de lectura rápida ¿Cómo dejar de fumar en la lactancia y el embarazo?

Presentación

El Ministerio de Salud de la Nación, a través del **Programa Redes**, tiene por objetivos definir e impulsar el funcionamiento de las redes de salud a partir de la formulación e implementación de proyectos provinciales, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios públicos que integran el Primer Nivel de Atención (PNA) y contribuir a reforzar el rol rector del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios de Salud provinciales.

Una red se construye como una respuesta a situaciones que de otra forma las personas y/o instituciones individualmente no podrían solucionar. En otras palabras, “una red es una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de los problemas reales” (Rizo García, 2003).

Las redes de salud incluyen a las redes de servicios de salud (efectores de los distintos niveles de atención, articulando y coordinando acciones entre sí), insertas en las comunidades que, con mayor o menor grado de organización, interactúan con dichos servicios.

En este sentido, junto con la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, el **Programa Redes** promueve un cambio en el modelo de gestión y atención sanitaria con el fin de mejorar la respuesta a las necesidades de las personas, especialmente, las de aquellos que presentan afecciones crónicas (González, 2013). Por esta razón, la atención de personas “requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto, que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona y promueva la adherencia al tratamiento”. En este sentido, el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC), descrito por Edward Wagner, e impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propone un abordaje integral e integrado de las personas a través de diversos componentes.

El curso *Abordaje integral del tabaquismo*, que presentamos en esta ocasión, tiene como propósito mejorar el acceso a la atención, el cuidado y seguimiento de las personas que emprenden el proceso de cesación tabáquica, en el contexto de fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Al brindar herramientas al equipo de salud para dicho proceso, se considera como base la mejor evidencia avalada en la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco y, de este modo, se contribuye a la buena práctica en la cesación tabáquica.

El presente material ha sido diseñado para los participantes del curso “*Abordaje integral del tabaquismo*”. Su propósito es compartir los objetivos, contenidos y metodología de trabajo prevista. Asimismo se incluye información adicional como marco de referencia para la representación de la problemática del tabaquismo y los desafíos del equipo de salud a la hora de acompañar procesos de cesación, desde los diferentes roles (enfermeros, médicos, odontólogos, trabajadores sociales, administrativos, psicólogos, operadores terapéuticos, agentes sanitarios, kinesiólogos, nutricionistas).

Cabe destacar que el proceso de acompañamiento de cesación tabáquica aquí propuesto se enmarca en el MAPEC que, como recién se menciona, propone una nuevo enfoque en la atención centrado en la persona, en sus condiciones de vida, en el apoyo de su entorno, en su capacidad para tomar decisiones relacionadas con su tratamiento. Entre otras cosas, se plantea un desplazamiento de la atención casi exclusiva de procesos agudos hacia la prevención y tratamiento sostenido de enfermedades crónicas.

Este modelo, recupera una nueva mirada sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y retoma los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud realizada en 1978 en Alma-Ata y su revisión en 2003, con motivo de su 25º aniversario, tal como se verá a continuación.

El presente material *"Abordaje integral del tabaquismo"* cuenta con el marco teórico sobre el cual se edifica y fundamenta la propuesta de este curso, el programa de capacitación y cuatro módulos que comprenden el material de estudio del curso, más un anexo con la *"Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco"* (versión breve) con herramientas para facilitar la aplicabilidad (2014), el documento *"¿Cómo le ayudará este manual a dejar de fumar?"* y la Guía de lectura rápida *"¿Cómo dejar de fumar en la lactancia y el embarazo?"*.



Fundamentación del curso

El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado

Para comprender el desarrollo de este curso “Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles –modelo MAPEC”, es importante explicitar cuáles son los marcos de referencia y las políticas sanitarias que lo sustentan y le dan sentido entre los equipos de salud. Este es el objetivo de esta sección.

Partimos del concepto de salud entendida como proceso complejo y dinámico, que abarca diferentes etapas (salud-enfermedad-atención-cuidado) y escenarios. Desde esta concepción, y promovida por la Organización Panamericana de la Salud, la Atención Primaria de la Salud se presenta como la estrategia por excelencia que organiza el sistema de salud desde una perspectiva del derecho, el acceso universal y la participación social. Para implementar esta estrategia son prioritarios el fortalecimiento y la renovación de las competencias de los equipos de salud a través de la educación permanente y la construcción de redes de salud –que incluyen a las redes de servicios de salud-, resultantes de la interacción entre diferentes actores y sectores de la comunidad para potenciar los recursos disponibles y generar diferentes alternativas a la resolución de problemas.

En la Argentina, el sistema de salud se encuentra fragmentado; las personas consultan a múltiples servicios y profesionales a lo largo de su vida y/o ingresan al sistema a través de los dispositivos de emergencia. De esta manera, el sistema se orienta a resolver el desajuste de la “máquina” (la persona), para que pueda volver a su actividad.

Sin embargo, contrariamente a esta realidad, la concepción de la salud se ha ido ampliando y ha dejado de ser percibida como un estado a ser alcanzado, para definirse como un campo dinámico, en tensión y cambio, que involucra y articula diferentes procesos y actores, tal como puede observarse en la siguiente definición:

“La salud, individual y colectiva, es el resultado de la relación dinámica entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en una sociedad como producto del accionar del hombre frente a los conflictos que le genera su entorno natural y social...” (Castellanos, 1997).

En el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado intervienen e influyen el medio ambiente, la genética, el sistema de salud, los modos, las condiciones y los estilos de vida. Tanto aquellos que forman parte de la sociedad en su conjunto, de los grupos de pertenencia como de los individuos en particular.

Los determinantes sociales de la salud son, por excelencia, las condiciones económicas y sociales que influyen sobre la salud tanto a nivel individual como colectivo, en un determinado territorio. Estos determinan en qué medida una persona posee los recursos físicos, sociales y personales para definir y realizar sus objetivos, satisfacer sus necesidades y adaptarse a su medio. A su vez dan cuenta especialmente de cuestiones relativas al desarrollo infantil, la educación, el empleo y el tipo de trabajo;

la calidad de los alimentos, los servicios de salud, el ingreso y la distribución del mismo; la exclusión social, la seguridad social, la desocupación y la seguridad del empleo (Dennis, 2004).

El proceso salud-enfermedad está instalado en un escenario natural (que es el lugar donde la gente vive, estudia o trabaja) y tiene una determinación social (Rovere, 1999). La incorporación de la determinación social de la salud al proceso de atención y cuidado, resulta fundamental a la hora de comprender y abordar la salud de la población a cargo.

Por lo tanto, ya no alcanza con tratar la enfermedad: el verdadero reto es intentar incidir en la calidad de vida de las personas, contribuyendo a prevenir la aparición de la enfermedad o la progresión de la ya existente, como el caso de las no transmisibles. Acompañar a las personas en el cuidado de su salud inexorablemente implica asumir sus múltiples dimensiones y su complejidad, y para esto se requiere un equipo de salud interdisciplinario y accesible para las personas y la comunidad.

La Atención Primaria de la Salud se renueva y se posiciona como la estrategia organizadora del sistema de salud que permite abordar integralmente el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado con todos sus determinantes.

En este escenario, se vuelve prioritario hacer un llamado a la reflexión de los equipos de salud e invitarlos a emprender un proceso de formación, que incluya no sólo un fortalecimiento de las competencias técnicas, sino fundamentalmente, la posibilidad de desarrollar una nueva mirada acerca del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. El enfoque privilegiado para un proceso de formación de este tipo, es el de la educación permanente, tal como se verá en las páginas siguientes.

La Atención Primaria de la Salud y el derecho a la salud

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud realizada en 1978 en Alma-Ata, fue un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales.

En este encuentro, se realizó un llamado urgente y eficaz para la ejecución de una acción nacional e internacional para desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo (Tejada de Rivero, 2013). Finalizada la Conferencia, la mayor parte de los países del mundo se comprometieron con una empresa muy seria: *poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento de la meta social y política "Salud para todos"*. La Atención Primaria de Salud (APS), entonces, fue considerada como la estrategia por excelencia para conseguir este objetivo. La Declaración final de la Conferencia en Alma-Ata estableció que la APS es:


"[...] atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan

asumir para mantenerla. La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud” (Alma-Ata 1978).

En este marco, la salud es entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable y la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores (Alma-Ata 1978).

En 2003, con motivo del 25º aniversario de la Conferencia de Alma-Ata, y a solicitud de sus Países Miembros, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) decidió examinar de nuevo los valores y principios que décadas atrás inspiraron la Declaración de Alma-Ata, a fin de formular sus futuras orientaciones estratégicas y programáticas en Atención Primaria de la Salud (OPS, 2007). La esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, la nueva definición se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro, aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. Entre los retos, figura la necesidad de invertir en redes integradas de servicios sociales y de salud que, en muchos casos, no han sido dotadas con el personal o el equipamiento adecuados o no han contado con el apoyo financiero necesario. En los últimos veinticinco años, la región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, la sobrecarga persistente de los sistemas de salud y las desigualdades en materia de salud, cada vez más amplias, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud y de desarrollo humano (OPS, 2007).

Además, la región ha experimentado cambios económicos y sociales generalizados que han tenido gran repercusión en la salud. Estas transformaciones incluyen aspectos como el envejecimiento de la población, los cambios en la dieta y la actividad física, la difusión de la información, la urbanización, y el deterioro de las estructuras sociales y los sistemas de apoyo, todo lo cual, directa o indirectamente, ha condicionado una serie de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, etc.

 Desde esta nueva perspectiva se reconoce a la salud como un derecho humano y, por lo tanto, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas, un requisito para que los sujetos realicen sus proyectos de vida.

Los rasgos básicos del **derecho a la salud** están configurados por tres equidades: en la atención, en la distribución de los riesgos y en la distribución del saber y del poder.

La equidad en la atención supone que las personas tengan la misma posibilidad de acceder a los servicios (que estos sean de calidad semejante) y, además, que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y que al mismo tiempo no sean estratificantes de la población.

La equidad en la distribución de los riesgos se refiere a la posibilidad de enfermarse, de desarrollar alguna discapacidad o de morir por causas evitables.

La equidad en la distribución del saber y del poder en salud es una categoría más amplia que excede el mismo campo de la salud, pero que se restringe para incluirla dentro del concepto de derecho a la salud. El conocimiento pertinente es necesario para fortalecerla, así como para mejorar las condiciones de vida, para tomar decisiones sobre el cuerpo, sobre la vida y sobre la propia muerte (Rovere, M.1999). Es responsabilidad y compromiso del Estado, a través del Ministerio de Salud de la Nación, garantizar las tres equidades mencionadas, a partir de la estrategia de APS como política pública integradora del sistema capaz de asegurar el derecho a la salud de la población.

La renovación de la Atención Primaria de la Salud

El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo tal que aquella desempeñe un papel central. Los valores esenciales del sistema de salud deben ser reflejo de los valores de la sociedad en general como son:

- El derecho a acceder al nivel de salud más alto posible.
- La equidad en salud.
- La solidaridad.

Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población orientada hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad (OPS).

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, promoviendo la equidad entre la población. El sistema presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. En otras palabras, la APS conjuga y arbitra diferentes recursos para garantizar el derecho a la salud de las personas.

Cuadro 1. Elementos de la estrategia APS

✓ Acceso y cobertura universal	✓ Primer contacto
✓ Atención integral e integrada	✓ Recursos Humanos apropiados
✓ Énfasis en la promoción y prevención	✓ Recursos adecuados y sostenibles
✓ Atención adecuada	✓ Acciones intersectoriales
✓ Orientación familiar y comunitaria	✓ Políticas y programas pro equidad: se debe estimular el conocimiento de políticas y programas pro-equidad, con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades
✓ Mecanismos activos de participación	
✓ Marco legal e institucional	
✓ Organización y gestión óptimas	

¿Qué importancia adquieren las redes de salud en la estrategia de APS?

Una red se construye como respuesta a situaciones que de otra forma las personas y/o instituciones individualmente no pueden solucionar. En otras palabras, “una red es una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de los problemas reales” (Rizo García, 2003). La esencia del trabajo en red la constituye el desarrollo de una tarea en común entre dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la propia identidad. De esta manera, las redes están constituidas por personas, conforman el lenguaje de sus vínculos, pueden tener múltiples nodos, con mayor densidad en los lugares de articulación.

Tradicionalmente, cuando se habla de redes en salud se piensa en la red de establecimientos “como sistemas escalonados de complejidad creciente” o en el hospital como red “expresada en las interacciones de sus estructuras formales”. Sin embargo, resulta interesante pensar que la noción de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones que ofrecen servicios de salud sino también para la demanda expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen:

“Una red social es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades” (Dabas, 1999).

Desde esta perspectiva más amplia, Dabas reconoce en salud distintos niveles de redes que favorecen la interconexión entre los diversos integrantes del equipo de salud, en forma primordial, y con los integrantes de la red social de las personas, de modo articulado y coherente:

- **Red personal:** comprende el conjunto de las relaciones (con la familia, amistades, relaciones escolares, laborales, comunitarias e institucionales) que una persona concibe como significativas.

- **Red comunitaria:** aquí cobra protagonismo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud. Esto posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención (Dabas, 1999).

- **Red institucional:** este nivel de abordaje supone observar a las instituciones de salud desde el contexto general en el cual están inmersas y, al mismo tiempo, desde lo singular que cada una asume en su organización y en las interacciones de los actores sociales que en ellas se desempeñan.

- **Red de establecimientos y servicios:** para consolidar esta red es necesario reconocer la articulación entre los subsectores público, de la seguridad social y privada con alcance a nivel local, provincial, regional y nacional.

- **Red intersectorial:** la puesta en marcha de esta red supone necesariamente la articulación e interacción entre los diferentes sectores: Educación, Justicia, Promoción y Acción Social, Saneamiento Ambiental, entre otros para definir lineamientos políticos en salud tendientes a resolver problemas concretos que afectan a la comunidad.

En el proceso de construcción de las redes existen **diferentes niveles**, cuyo conocimiento sirve **para organizar y monitorear los grados de profundidad de una red**. Estos niveles podrían nombrarse como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación; cada uno sirve de apoyo al siguiente (Rovere, 1999).

- **Reconocimiento:** expresa la aceptación del otro. No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar. Expresiones como “qué puede decir un profesional de un centro de salud de cómo organizar un servicio en un hospital”, o al revés, “¿qué puede decir un médico de un hospital sobre cómo organizar la atención, las formas de trabajar en un centro de salud?” inhabilitan a determinadas voces a opinar sobre ciertos temas. Entonces, hay reconocimiento cuando se comienza a aceptar que el otro existe, cuando el otro se hace presente y se lo toma en cuenta.

- **Conocimiento:** el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, y empieza a ser incluida su palabra, pues su saber es identificado como necesario. Esto se expresa en un interés, se quiere saber quién es el otro, y entender cómo se ve el mundo desde su lugar.

- **Colaboración** (co-laborar en el sentido de trabajar con): es una ayuda espontánea; no se organiza ni se sistematiza.

- **Cooperación** (co-operación: operación conjunta): a partir de un problema común, hay una co-problematización y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir, hay un compartir constante de actividades.

- **Asociación:** la actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

En síntesis, recuperando lo mencionado más arriba, el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado al estar instalado en un escenario natural, donde las personas viven, trabajan y estudian, sin dudas tiene una determinación social (Rovere, 1999). En este sentido, las redes de salud se constituyen como un concepto superador del de redes de servicios de salud ya que amplía la perspectiva del segundo al escenario y a los determinantes del territorio donde las personas viven.

Cuadro 2. Los vínculos: base de la construcción de las redes

NIVELES DE CONSTRUCCIÓN DE LAS REDES	ACCIONES
RECONOCER que el otro existe como interlocutor, supone y genera	ACEPTACIÓN
CONOCER lo que el otro hace, lo que el otro es, supone y genera	INTERÉS
COLABORAR , prestar ayuda en forma esporádica, supone y genera	RECIPROCIDAD
COOPERAR , compartir actividades, conocimientos y recursos, supone y genera	SOLIDARIDAD
ASOCIARSE , sostener proyectos o iniciativas conjuntas, supone y genera	CONFIANZA

✿ De esta manera, las redes de salud son entendidas como los medios, el *cómo hacer* de la estrategia de Atención Primaria de La Salud. A su vez, esta última se renueva como organizadora del sistema de salud que permite abordar integralmente el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado con todos sus determinantes.

La APS y los equipos de salud

Un sistema de salud basado en la APS se apoya en los recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad) (OPS, 2008).

En este sentido, el sistema de salud que recupera los elementos de la APS para garantizar el derecho a la salud y además, concibe a esta última como un proceso complejo, multidimensional y dinámico del devenir salud-enfermedad que sin dudas requiere, como se mencionó más arriba, la renovación de las competencias de los equipos de salud. Esto último, implica que el equipo de salud, además de estar constituido multi-interdisciplinariamente, también esté sensibilizado sobre la importancia de su participación en el fortalecimiento y la renovación de sus competencias:

“Empezar con el análisis del personal de salud, es al mismo tiempo algo que nos obliga a reflexionar sobre la participación de la gente. Lo pongo intencionadamente en segundo lugar, no porque sea secundario, sino porque la participación de la gente requiere una pregunta previa: no es tan correcta la pregunta de ¿cómo hacer que la gente participe? sino que en muchos casos la pregunta más adecuada es: ¿cómo hacer para levantar las barreras que los servicios de salud han ido generando históricamente para que la población no participe? Esta inversión de la lógica hace que se coloque primero la reflexión sobre el personal de salud, porque de alguna forma somos nosotros mismos los que, directa e indirectamente, explícita o subliminalmente,

hemos ido licuando la posibilidad de participación de la gente de saber y poder decidir en salud. La lógica de participación social evidentemente requiere cambios nuestros y estos cambios requieren formas diferentes de ver a la gente” (Rovere, 1999).

“Cuando se interactúa con y en una comunidad es necesario tener en cuenta que en la misma existen o existieron formas de participación a nivel local que en ocasiones prosperaron y en otras no. Muchas veces se actúa como si antes no existieran actividades y experiencias participativas, lo cual conduce a ignorar la existencia, trayectoria y resultados de dichas experiencias así como de los procesos y factores que limitaron o facilitaron la participación social” (Menéndez, 2009).

Educación permanente: una estrategia para la renovación de los equipos de salud en la APS

El concepto de educación permanente comienza a surgir en Europa en los años 60 y principios de los 70, debido a una confluencia de factores tales como la resistencia al autoritarismo en Europa y el deseo de construir una sociedad más justa, con posibilidades educativas para toda la comunidad y con participación activa de la misma. Con este propósito, surgieron por entonces, diversos movimientos de educación popular que generaron propuestas educativas y acciones de capacitación para los adultos que les posibilitaba asumir nuevas responsabilidades en la vida social y política.


En aquellos años, un informe para la UNESCO sobre la educación de adultos destacaba la necesidad de una educación diferente a la del sistema formal, basada en acciones, con metodologías, contenidos y propuestas acordes a este destinatario emergente. A través de diversos representantes de la pedagogía crítica, comenzó a surgir la idea de educación permanente, concebida como posible, gracias al clima de optimismo y condiciones coyunturales que permitieron pensar en la construcción e implementación de proyectos innovadores.

Aun cuando algunas experiencias fueron muy positivas y otras no resultaron tan buenas, lo cierto es que se abrió un debate acerca de si la educación permanente puede ser concebida como un campo de acción o como un enfoque.

Pensar la educación permanente como un enfoque pedagógico significa integrar al presente dentro de la educación, ya que el sistema formal tradicional, se ocupa del pasado y se proyecta hacia el futuro. Este es uno de los aportes más interesantes de la **educación permanente: tomar el presente como un elemento reconocido y activo y no solo como una situación objetiva con la que hay que convivir**. Tomar en cuenta el presente, implica considerar la vida social y económica, el impacto de la tecnología en todas las áreas de la vida, la evolución de la familia, de la sociedad, de las necesidades individuales y colectivas. Se trata de adultos que frente a situaciones nuevas, a dificultades, a proyectos personales o laborales, identifican una necesidad, dicen: “Necesito algo más; algo nuevo y diferente para poder enfrentar una

situación particular, resolver un problema, elaborar una propuesta, pensar una preocupación”, sea relacionada con la vida familiar, con la educación de los hijos, el trabajo, los cambios sociales o económicos. En este enfoque pedagógico, la educación es entendida como:

- Una serie de transformaciones que afectan a las personas a lo largo de toda la vida. Se trata de cambios a nivel de los conocimientos y habilidades, así como de actitudes, valores, creencias.
- Acciones que van más allá de la transmisión de contenidos y, por lo tanto, no se identifican exclusivamente con la “enseñanza”.
- Apropiación de contenidos en relación con la dimensión técnica, pero también aprendizajes en el orden de las relaciones intersubjetivas, el trabajo en equipo, las acciones solidarias o el modo en que una persona se relaciona con una determinada situación.

 Desde esta perspectiva, el sujeto es protagonista de su aprendizaje, tiene un rol activo, en tanto es él quien en permanente interacción con otros y sólo si existe un constante retorno sobre los sentidos para sí (reflexión), se va formando a sí mismo y va adquiriendo una objetivación cada vez mayor.

En este proceso se concibe al docente como un facilitador, como un mediador capaz de generar las condiciones para el aprendizaje, construir dispositivos pedagógicos y situaciones de aprendizaje en respuesta a las necesidades un adulto o de un grupo. El facilitador trabaja para motorizar y promover el proceso de educación de los sujetos. Su desafío es abrir permanentemente, nuevos puntos de vista, perspectivas y enfoques.

“...La interacción, la capacidad de escucha mutua y la capacidad de cuestionar esquemas intelectuales preestablecidos son las que permiten transformar nuestras maneras de pensar y de actuar y provocar así efectos formativos en profundidad. El problema central de la formación reside realmente en la apropiación del saber, en el proceso por el cual lo convertimos en un elemento para plantear y ver el problema de un modo diferente de lo que nos era habitual” (Enríquez, 2002).

Veamos ahora cuál fue el impacto de la educación permanente en salud. Esta fue desarrollada en América Latina por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, en la década de 1990, momento en el cual elaboró una propuesta pedagógica basada en este enfoque que, con el aporte de la pedagogía crítica y del constructivismo, tiene como principal objetivo el desarrollo de las competencias de los equipos de salud:

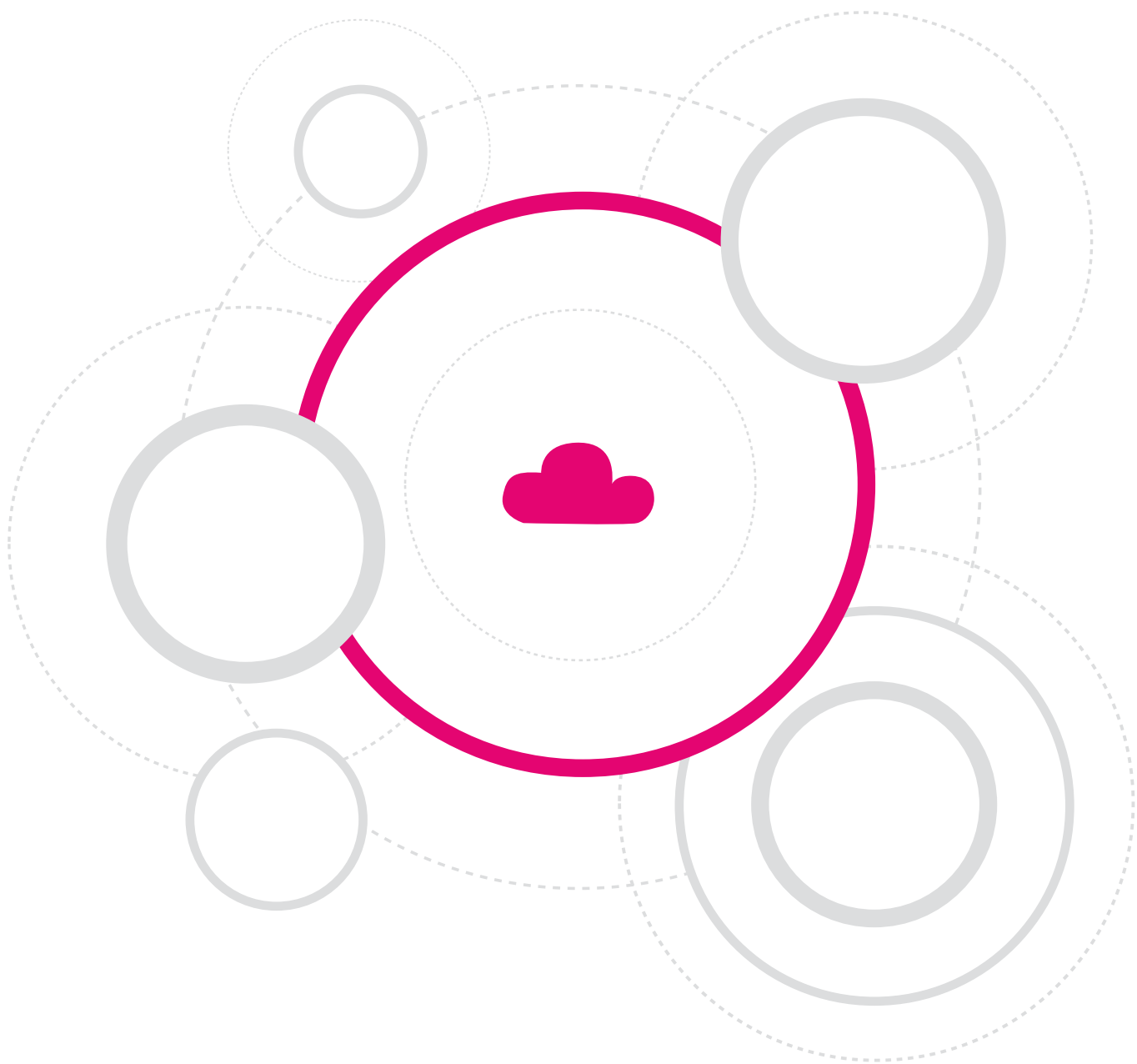
“Una de las finalidades de la educación permanente en salud es la contribución para que cada colectivo pueda conquistar la capacidad de ser su propio co-autor en medio de un proceso de reinención de las instituciones de salud” (Merhy, 2006).

La OPS concibe a la educación permanente como una estrategia para la construcción de procesos más eficaces en el 'desarrollo del personal de salud', que parten de la realidad concreta y son más participativos. Se reconoce que la condición indispensable para que una persona u organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica y a sus conceptos, es la **percepción de que la manera vigente de hacer y de pensar la práctica, es insuficiente, insatisfactoria y genera una sensación de incomodidad**. Esta percepción de insuficiencia o disconformidad tiene que ser intensa, vívida, sentida, ya que no se produce mediante aproximaciones discursivas externas.

La vivencia y la reflexión sobre la práctica son las que pueden producir incomodidad y disposición para generar alternativas y enfrentar el desafío de la transformación. Este es, al mismo tiempo, el móvil para el aprendizaje de los adultos: un problema que no puede ser enfrentado con los recursos disponibles. Esto es, un problema que se constituye como un disparador para que los adultos se movilicen a investigar y explorar el mundo en el que viven, en busca de alternativas para encontrar solución a problemas reales: **una información o situación vivida, se convierte en experiencia pedagógica, sólo si tiene sentido para quien la experimenta**.

El sentido se produce cuando "lo nuevo" interactúa o dialoga con la información previa que todas las personas traen consigo. Se trata entonces de partir de las incomodidades, interactuar con lo acumulado y producir sentido. Estas son las condiciones para que exista aprendizaje significativo (Merhy, Emerson, 2006). Por lo tanto, el proceso educativo se construye a través de la realidad de los trabajadores de la salud y sus concepciones.

La propuesta de la Educación Permanente en Salud (EPS) es reflexionar sobre la realidad, generando propuestas y proyectos para cambiar las prácticas; producir nuevos pactos y acuerdos colectivos, con un enfoque multiprofesional e interdisciplinario. En este aspecto se diferencia de la educación continua, orientada a la actualización de conocimientos específicos de determinados profesionales y de forma descendente. La EPS parte del análisis colectivo de los procesos de trabajo, a través de la identificación de los nodos críticos a ser enfrentados en la atención, gestión, formación y educación; implica un acompañamiento y apoyo técnico. Se trata de tomar el mundo del trabajo como escuela, como lugar de micropolítica, que constituye el encuentro de los sujetos/poderes con su hacer y sus saberes para construir nuevas posibilidades de hacer (E.Merhy, LCM Feuerwerker, R.BurgCeccim, 2006). Así los procesos educativos en el ámbito de la salud, se construyen a partir de la realidad de los trabajadores, de sus concepciones y experiencias previas y de sus relaciones de trabajo.



Programa de capacitación

Propósito, objetivos y alcance

El curso *Abordaje integral del tabaquismo* está orientado a mejorar el acceso a la atención, cuidado y seguimiento de las personas que emprenden el proceso de cesación tabáquica. Se considera como base para brindar herramientas al equipo de salud, la mejor evidencia avalada en la Guía de Práctica Clínica Nacional de tratamiento de la adicción al tabaco, que contribuye a su vez a la buena práctica en la cesación tabáquica.

Antes de conocer los ejes de trabajo y el contenido de cada una de las unidades, veamos cuál es su objetivo general y los fundamentos que lo sustentan.

Objetivo general

- ✿ **Compartir herramientas, estrategias y recursos para que el equipo de salud detecte, motive y acompañe a personas que fuman a emprender y sostener el proceso de cesación tabáquica.**

Objetivos específicos

Se espera que al finalizar este curso, los cursantes hayan adquirido los conocimientos y habilidades necesarios para:

1. Conocer la magnitud del problema sanitario que representa el tabaquismo.
2. Manejar y aplicar las estrategias recomendadas en el diagnóstico y tratamiento para el abordaje del fumador, en particular, la intervención breve.
3. Conocer intervenciones para la protección de la embarazada, el adolescente y el fumador pasivo.
4. Identificar y trabajar con las barreras, obstáculos y resistencias del equipo de salud.

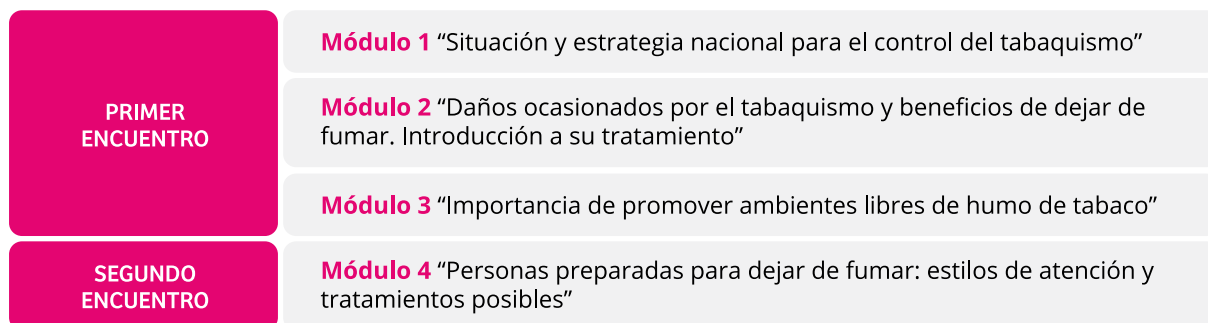
Destinatarios

Miembros de los equipos de salud cuyas funciones estén vinculadas con el abordaje integral del tabaquismo y la atención de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, que desempeñan sus funciones en los efectores de salud.

Los contenidos: su estructura y organización

Los contenidos del curso se organizan en 4 módulos, según describimos en el esquema de trabajo, a continuación:

Esquema de trabajo



Estrategia metodológica

Este curso orienta sus jornadas y actividades al trabajo con los equipos de salud, en relación con la importancia de sensibilizar, concientizar, motivar y acompañar a las personas a dejar de fumar. Se prevé trabajar a partir de los conocimientos previos y del intercambio de experiencias, haciendo hincapié en la identificación de las propias barreras.

Este abordaje pedagógico permitirá a los cursantes acceder al conocimiento del marco teórico, de la evidencia disponible y de las herramientas necesarias para el acompañamiento.

La metodología de la enseñanza sugerida recupera la técnica didáctica conocida como Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).

Se trata de una metodología centrada en el aprendizaje activo, cooperativo, autónomo y motivado, que parte de la investigación y reflexión en torno a un determinado problema. Es en este proceso de búsqueda de respuesta a un problema, que se adquieren y consolidan los aprendizajes.

A diferencia de lo que ocurre con la metodología tradicional, en la cual el profesor, explica o expone información conceptual y luego propone actividades de aplicación relacionadas con el contenido trabajado, el ABP se presenta como un medio para que los estudiantes adquieran esos conocimientos y los apliquen en un plano real o ficticio, sin necesidad de contar con un marco teórico previo. El problema se constituye como un punto de partida para la adquisición de aprendizajes.

En esta metodología los protagonistas del aprendizaje son los propios participantes del curso, que asumen la responsabilidad de ser parte activa en el proceso. Barrows (1986) define al ABP como **"un método de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos"**.

Esta metodología se propone favorecer la capacidad de los cursantes en la resolución de problemas, en la toma de decisiones, en la producción grupal y en las habilidades de comunicación. Asimismo, estimula el desarrollo de habilidades claves para el aprendizaje, como ser la búsqueda y manejo de información e investigación, en tanto, los cursantes se ven enfrentados a averiguar y comprender el problema y encontrar una respuesta o solución adecuada.

Modalidad

El curso asume la modalidad presencial y se organiza de la siguiente manera:

Dos (2) jornadas presenciales de asistencia obligatoria, de ocho (8) horas cada una. El intervalo entre la primera y la segunda jornada será entre 20 y 30 días, espacio de tiempo en el cual se los convocará a elaborar un trabajo grupal.

Primer encuentro

- **Módulo 1.** Situación y estrategia nacional para el control del tabaquismo.
- **Módulo 2.** Daños ocasionados por el tabaquismo y beneficios de dejar de fumar. Introducción a su tratamiento.
- **Módulo 3.** Importancia de promover ambientes libres de humo de tabaco.

En el cierre del encuentro se presentará la consigna de Trabajo Grupal y Final que los cursantes deberán remitir en formato digital previo al segundo encuentro, en fecha a confirmar por el equipo docente.

Segundo encuentro

- **Módulo 4.** Personas preparadas para dejar de fumar: estilos de atención y tratamientos posibles.

Las fechas y horarios de las jornadas quedarán establecidos por el equipo docente con la anticipación necesaria. El desarrollo de las jornadas estará a cargo del docente facilitador.

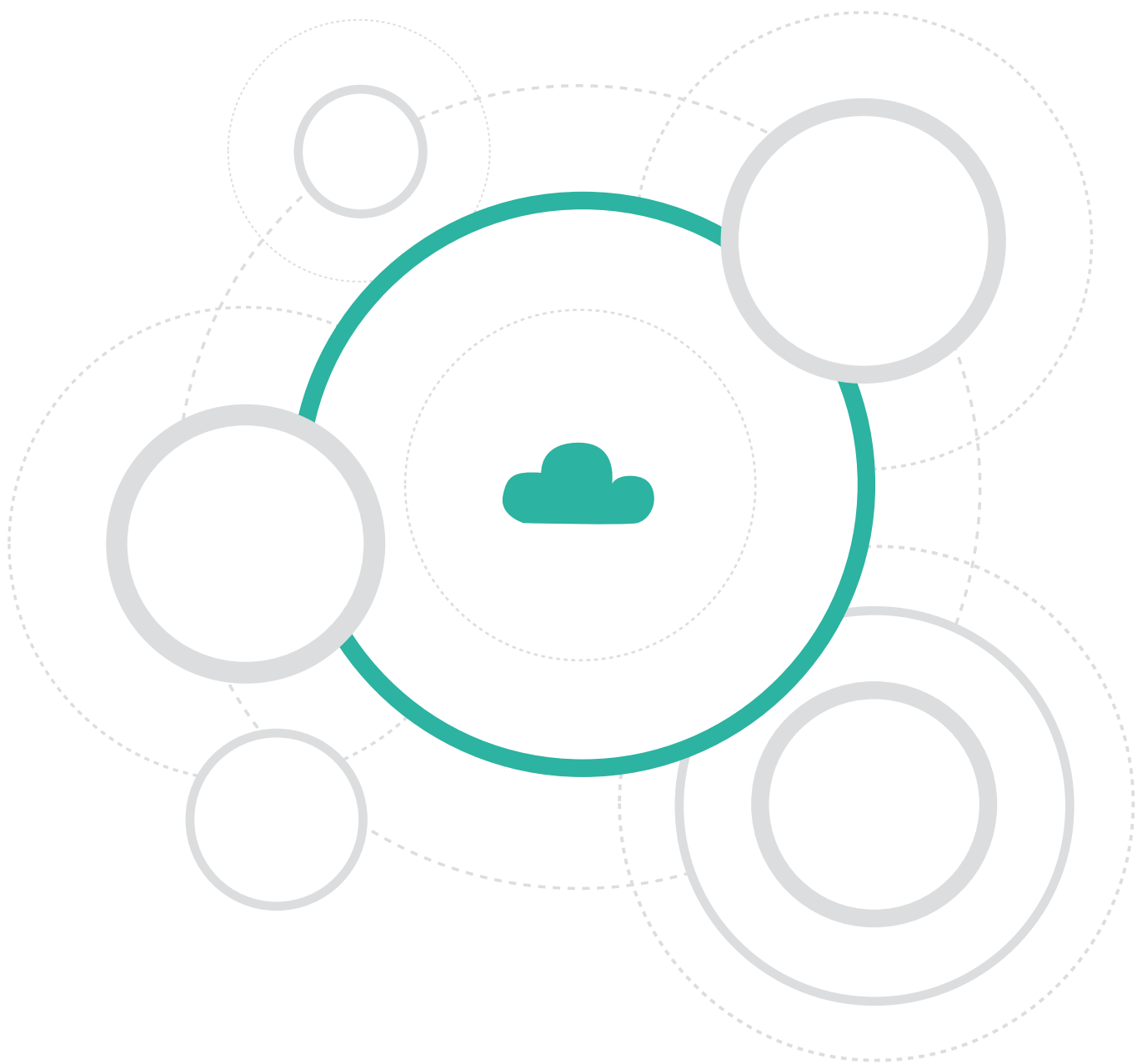
Evaluación y certificación

La evaluación del curso requiere la presentación de una producción grupal (grupos entre 4 y 6 personas) que se realizará entre los dos encuentros previstos, y se presentará al inicio del segundo encuentro. La misma consiste en el **diseño de una estrategia para promover la cesación tabáquica en su lugar de trabajo, a partir de la reflexión del equipo de salud sobre la propia práctica profesional con relación a este desafío.**

Registro de asistencia y presentismo

El curso consta de dos encuentros presenciales. Es requisito para mantener la condición de alumno regular, asistir a los dos encuentros y realizar la actividad interjornada.

El trabajo interjornada de cada grupo se calificará con Aprobado o No Aprobado. En caso de resultar aplazado o no entregar el trabajo en la fecha estipulada dispondrá de una fecha de entrega recuperatoria acordada con el equipo docente. Los participantes que aprueben el trabajo interjornada recibirán el certificado del curso correspondiente.



Módulos temáticos de trabajo

Módulo 1

Situación y estrategia nacional para el control del tabaquismo

Autores

Dr. Jonatan Konfino, médico.

Dra. Clara Sarafian, abogada.

Dra. Brunilda Casetta, médica.

Dr. Alejandro Videla, médico.

Objetivos del módulo

- Reconocer la importancia del tema, tanto para la Argentina como para el mundo, ya que la expansión de esta problemática es de carácter global.
- Reflexionar y analizar cómo se puede desarrollar una efectiva regulación de esta epidemia.
- Revisar cuál es la situación de nuestro país y cuál es la estrategia nacional adoptada para el control del tabaco, a través del Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud y la Ley Nacional.

1. Introducción

El consumo de tabaco en la Argentina produce más de 40.000 muertes anuales y constituye la primera causa prevenible de muerte. A nivel mundial, tanto el consumo de tabaco como la exposición al humo de tabaco ajeno son responsables de 6 millones de defunciones por año. Esto representa un importante problema de salud, pero sus efectos perjudiciales van aún más allá, ya que esta epidemia tiene un alto impacto a nivel socioeconómico. En nuestro país, se gastan anualmente 21.000 millones de pesos para el tratamiento de los problemas de salud provocados por el tabaco.

Para desarrollar una efectiva regulación en control del tabaco resulta fundamental adoptar las medidas establecidas en el **Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)** y sus directrices. Es necesario que cada país planifique una política o normativa de control del tabaco acorde con su ordenamiento jurídico. Una ley integral que incluya varios temas es el medio más eficaz para obtener la protección más amplia en un único acto. Sin embargo, la aprobación de un proyecto de ley de este tipo implica un importante esfuerzo de negociación que podría generar demoras en la consideración legislativa, debilitando su contenido o directamente impidiendo su aprobación.

La OMS ha desarrollado el **MPOWER**, un paquete de medidas de asistencia técnica compuesto por 6 políticas basadas en la evidencia que incluye:

- M**onitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- P**roteger a las personas del humo de tabaco
- O**frecer ayuda para abandonar el consumo
- W**arn (Advertir) acerca de los peligros del tabaco
- E**nforce (Hacer cumplir) la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio
- R**aise (Aumentar) los impuestos del tabaco

Por otro lado, la sanción de leyes que contengan una única medida podría ser más fácil de aprobar, pero necesariamente deberán ser complementadas con proyectos de ley que abarquen otras medidas. Al considerar este tipo de leyes, se debe tener presente el **principio de realización progresiva en la protección de la salud**. Esto requiere tomar cada estadio alcanzado como una etapa que deberá ser superada dentro de un proceso dinámico y lo más expeditivo posible, de modo de avanzar en la protección del derecho a la salud. En concreto significa que el Estado tiene el deber de avanzar rápida y eficazmente en la realización de ese derecho.

Es necesario destacar que la aprobación de una ley integral no significa haber llegado al final del camino. Las leyes necesitan ser evaluadas, actualizadas y mejoradas según las necesidades identificadas, lo cual requiere mantenerse actualizados en base a la nueva evidencia científica, las tecnologías y las tácticas más recientes de la industria tabacalera para eludir o socavar las medidas eficaces de control del tabaco.

- ✿ El Programa Nacional de Control de Tabaco fue aprobado por la Resolución Ministerial 1124 de agosto de 2006. Entre sus objetivos se encuentran: prevenir la iniciación en el consumo, disminuir el consumo, promover la cesación tabáquica, y reducir la exposición al humo de tabaco ambiental.

2. Importancia del tema a nivel mundial

El consumo de tabaco es un factor de riesgo. Se relaciona con seis de las primeras ocho causas de muerte en el mundo. Entre las primeras causas de muerte se describen: la enfermedad isquémica cardíaca, la enfermedad cardiovascular, las enfermedades respiratorias, la enfermedad crónica pulmonar, la tuberculosis y el cáncer de tráquea, bronquio y pulmón.

Se trata de una epidemia mundial que actualmente provoca la muerte de 6 millones de personas al año. Se estima que en el 2030 matará a más de 8 millones de personas al año; un 80% en países en desarrollo, aquellos donde todavía son más débiles las políticas de control del tabaco. En el siglo XX, el tabaco mató aproximadamente a 100 millones de personas y se estima que podría matar 1.000 millones durante el siglo XXI, a menos que actuemos con premura tomando medidas urgentes y severas que puedan poner un freno a esta epidemia que va en aumento.

3. Efectos del consumo de tabaco en la Argentina

El tabaquismo es la primera causa evitable de muerte en el país. Su consumo provoca más de 40.000 muertes por año. Dado que en la Argentina hay 8 millones de fumadores y los estudios epidemiológicos demuestran que la mitad de ellos mueren por causa del tabaco, se estima que 4 millones de fumadores actuales podrían morir por esta causa.

Las muertes no se producen solo en edades avanzadas. El 50 % de los fumadores muere en edades tempranas de la vida. Sumando todas esas muertes prematuras o los años de vida que se pierden por esta causa y los años de vida que las personas sufren discapacidades (por ejemplo, por enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC- o complicaciones de un accidente cerebro vascular -ACV-) se pierden cada año en el país 825.000 años de vida saludables.

Respecto a la exposición ambiental del tabaco en la actualidad todas las provincias de la Argentina, a excepción de Jujuy y Misiones, cuentan con legislación. En algunas de ellas no es completa, pero a raíz de la sanción de la Ley Nacional, muchas han adecuado su redacción, e incluso cinco provincias han adherido. En relación con estos progresos en la legislación de ambientes libres de humo se evidencia una menor exposición al humo ajeno en la población. Así, los datos más actualizados manifiestan que el 23,5% de la población está expuesta al humo ajeno en bares y restaurantes cuando en el 2009 era el 47,2%.

No obstante, se producen unas 6.000 muertes anuales en personas no fumadoras que fallecen por causa de la exposición al humo de tabaco ambiental. Además de estos datos suficientemente elocuentes, desde el punto de vista de la salud, en la Argentina el tabaco produce cuantiosas pérdidas económicas. Se estima que el 15% del gasto en atención médica se destina a tratar las enfermedades producidas por el tabaquismo. Es una cifra que supera con creces lo que se recauda por impuestos al tabaco.

4. Determinantes del consumo de tabaco

Este es un aspecto muy importante a tener en cuenta en una planificación, porque si es posible trabajar sobre aquellos factores que determinan el consumo, entonces es factible generar una respuesta eficaz, sostenible en el tiempo y así, alcanzar la meta de una reducción progresiva y sustentable del consumo del tabaco en nuestro país.

Existen cuatro determinantes principales:

- **La alta accesibilidad** dada por los precios bajos de los cigarrillos y por la falta de regulación en las ventas.


- **Las representaciones sociales positivas.** Se considera al tabaco un bien valorado socialmente. Esto se debe a la regulación parcial de la publicidad del tabaco, así como a las estrategias que la industria tabacalera ha desarrollado históricamente para promover este tipo de imagen. Si bien la Ley 26.687 establece la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos elaborados con tabaco, la publicidad o promoción están permitidas en el interior de los puntos de venta con las especificaciones establecidas por el Decreto 602/2013.

- **La existencia de ambientes en los que aún está permitido fumar,** que estimulan el consumo de tabaco y fortalecen las representaciones sociales positivas. Si bien la Ley Nacional establece ambientes 100% libres de humo de tabaco, existen leyes provinciales que permiten fumar en determinados lugares, por ejemplo casinos, salas de juego, centros de salud mental y de detención penal.

- **La falta de tratamiento del tabaquismo** es otro determinante, en tanto los recursos humanos no han sido debidamente capacitados. Las Facultades de Medicina tradicionalmente no han formado a los estudiantes en el tratamiento del tabaquismo, como tampoco las Facultades de Psicología, ni las de Enfermería. Entonces, existe una debilidad en el sistema de salud en la atención de la primera causa de muerte evitable en nuestro país. Esto requiere un proceso de formación que, a su vez, sea la base para establecer una cobertura eficaz de los tratamientos, que los profesionales puedan atender adecuadamente.

4.1. Evolución epidemiológica del tabaquismo en adultos en nuestro país

De acuerdo con la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2013, los indicadores relacionados con el tabaquismo continúan mejorando. La prevalencia de tabaquismo disminuyó respecto de ediciones anteriores (actualmente 25,1%). Los mayores valores se registran entre varones y jóvenes. También se observó una disminución en la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar, trabajo, bares y restaurantes respecto de la ENFR realizada en 2009. Los más jóvenes y las personas de menor nivel de ingresos estuvieron más expuestos.

 Así las personas que fuman actualmente refieren que quieren dejar de fumar “porque ya no se fuma”, o bien: “mis amigos ya dejaron, sólo faltamos dos en un grupo de ocho”, o frases similares.

Asimismo, la tercera ENFR permitió por primera vez evaluar el impacto de las advertencias sanitarias y pictogramas impresos en los paquetes de cigarrillos, medida dispuesta desde junio de 2012 (RM 497/2012). La mitad de los fumadores, ya sean diarios u ocasionales, declaró que las mismas los hicieron pensar en dejar de fumar.

- ❁ La mayoría de las personas que llaman a la línea de ayuda desde el 2012, lo hacen por la información acerca del daño que ocasiona el tabaco a la cual acceden a través de frases e imágenes muy explícitas en el atado de cigarrillos. Con frecuencia, en la conversación surge que es inevitable verlas. Algunos comentan que seleccionan las imágenes para que les impacte menos o bien le piden al quiosquero que se las cambie.

Entonces la prevalencia actual de consumo de tabaco es del 25,1%, lo cual indica que continúa el descenso con relación a las ediciones anteriores de la Encuesta (29,7% en el 2005; 27,1% en el 2009). El indicador resultó mayor entre varones (29,9%) respecto de las mujeres (20,9%) y en el menor quintil* de hogares según ingreso por unidad consumidora (28,2%) en comparación con el mayor (23,0%). La distribución del indicador según edad evidenció mayor prevalencia en el grupo etario de 25 a 34 años (30,8%).

- ❁ En Argentina fuman más hombres que mujeres. En el mundo, la tendencia indica que se fuma más en los hogares de menores ingresos. Esto también se observó en la última ENFR.

Al evaluar el indicador de exposición al humo de tabaco ajeno en los distintos ámbitos como hogar, lugar de trabajo, bares y restaurantes comparando con lo referido en 2009 (en los últimos 30 días), se observó un importante descenso en dicha exposición: sólo el 27,6% de las personas declaró que alguien fumó en su hogar en su presencia; un 25,0% notó que alguien fumó dentro de su ámbito de trabajo; y un 23,5% de quienes concurrieron a bares y restaurantes en el último mes, manifestó haber notado personas fumando allí.

- ❁ Antes de las leyes de Ambientes libres de humo (ALH), la persona que quería dejar de fumar, debía evitar los bares por su fuerte asociación con el fumar, sumado al consumo de café que también incrementa las ganas de encender un cigarrillo. Hoy los bares y cafés disponen de un espacio seguro para la persona que está dejando de fumar, donde puede permanecer un tiempo sin correr el riesgo de tentarse.

Hacia el interior de los grupos estudiados, se observó que la exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo, en bares y restaurantes resultó mayor entre varones (31,5% y 27,3% respectivamente) respecto de las mujeres (17,5% y 20,0% respectivamente). En relación con la edad, los más jóvenes fueron los que estuvieron más frecuentemente expuestos al humo de tabaco ajeno tanto en el hogar (37,3%), como en bares y restaurantes (39,6%). No se observaron variaciones en la exposición al humo de tabaco ajeno según nivel educativo en ninguno de los tres ámbitos analizados. En cambio, sí se registró una asociación de estos indicadores con el nivel de ingreso total del hogar por unidad consumidora: en el primer quintil se evidenció mayor exposición en todos los espacios analizados.

* Un quintil es la quinta parte de una población estadística ordenado de menor a mayor en alguna característica.

Información más detallada se obtuvo en la **Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA)** realizada en 2012. Así del 22,3% de la población que confirmó consumir tabaco, la mayoría son varones (29,5 vs. 15,8%) y solo 0,2% informó consumir formas de tabaco no fumado. El consumo diario promedio de cigarrillos fue de 12,25 unidades diarias, siendo mayor para los varones (13,07) que para mujeres (10,85) y para el grupo entre 50 y 64 años (17,92).


 **El consumo habitual es principalmente de cigarrillos (99%). Pocas personas usan tabaco mascado (0,2%).**

La gran mayoría de los encuestados (98,3%) dijeron conocer que fumar causaba enfermedades graves y 91% conocían que el tabaco causa ataques al corazón. Asimismo, era frecuente el conocimiento de que todos los tipos de cigarrillos eran igualmente dañinos (86,6%).

El 48,6% de los fumadores hicieron un intento de dejar en el año previo a la encuesta. Se observó asimismo que el 14% de las personas que dejaron de fumar lo hicieron en el último año. Se registró una diferencia notable entre sexos: el 21% de las mujeres y el 8,9% de los varones abandonaron el cigarrillo en este período. En relación con los métodos utilizados para dejar de fumar, un 89,9% de fumadores que intentaron dejar de fumar en los últimos 12 meses o que estuvieron menos de 1 año sin fumar, hicieron el intento sin ayuda.

 **En nuestro país, las mujeres han dejado de fumar en una proporción mayor que los hombres. La mayoría de las personas deja con sus propias estrategias.**

Siguiendo la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (2012), el 71,1% de los fumadores actuales adquirió paquetes de 20 cigarrillos. Un 16,2% de ellos refirió consumir cigarrillos etiquetados como light, suaves o bajos en alquitrán y el 7,5% consumió cigarrillos saborizados, siendo los primeros más frecuentes a mayor edad y estos últimos, en jóvenes y mujeres. El costo promedio del paquete de 20 cigarrillos en nuestro país fue de \$7,96, mientras que el costo de 100 paquetes de cigarrillos manufacturados representó el 1,5% del producto bruto interno per cápita, lo que ubica a la Argentina como el país donde el costo relativo de los cigarrillos es el más bajo de América del Sur.

 **Es importante la prohibición por parte de la ley nacional de las denominaciones engañosas como “Suaves”, “Milds” o “Light” “bajo en contenido de nicotina y alquitrán” que dan una falsa sensación de protección (ley nacional 26.687).**

El sitio donde los cigarrillos fueron adquiridos por última vez con mayor frecuencia fueron los kioscos (77,3%), seguidos por los almacenes (13,4%).

El 75,8% de la población encuestada vio o escuchó información acerca de los peligros de fumar o que aliente a dejar de fumar en algún medio de comunicación. Asimismo, más de la mitad de la población encuestada (53,2%) refirió haber visto alguna frase sobre el riesgo de fumar impresa en paquetes de cigarrillos en los últimos 30 días.

- ✿ El cuarto punto del MPOWER (Warn=advertir) señala la importancia de advertir acerca de los peligros del tabaco fumado y del humo ambiental, lo cual colabora en la toma de conciencia de la población fumadora y no fumadora lo que contribuye a la protección de toda la sociedad.
- ✿ Se sugiere que el equipo de salud utilice esta información en forma dosificada y acorde con la situación de cada persona. El propósito fundamental es intentar brindar la información de modo que movilice al cambio y proporcione una perspectiva de la mejora que significa dejar de fumar.

En relación con la publicidad de cigarrillos el 60,9% del total de encuestados vio o escuchó alguna publicidad en los últimos 30 días. Los comercios donde se venden cigarrillos fueron los lugares donde más se vio publicidad (41,9%). Se detectó un fuerte apoyo a la Ley Nacional de Control de Tabaco.

- ✿ El tabaco se instaló con una imagen positiva a través de las publicidades y del cine. La prohibición de la publicidad y su cumplimiento es una medida clave del MPOWER (Enforce=hacer cumplir la prohibición de la publicidad). Desde el Ministerio de Salud de la Nación se han labrado cerca de 300 actas de inspección, por infracciones relacionadas con la publicidad (ley nacional 26.687).


Cuadro 1. Comparación de indicadores de consumo y exposición al tabaco en sucesivas mediciones de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

PRINCIPALES INDICADORES (%)	2005	2009	2013
Consumo de tabaco (población total)	29,7	27,1	25,1
Exposición al humo de tabaco ajeno dentro del hogar en los últimos 30 días		33,9	27,6
Exposición al humo de tabaco ajeno en bares/restaurantes en los últimos 30 días (población que estuvo en bar/restaurante)		47,2	23,5

- ✿ Así el consumo de tabaco en adultos del país experimenta un continuo descenso y se evidencia una notoria disminución a la exposición al humo de tabaco ajeno en bares y restaurantes.

4.2. Evolución epidemiológica del tabaquismo en jóvenes en nuestro país


En la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ) realizada en 2012, el 24,1% de los adolescentes entre 13 a 15 años consumió alguna forma de tabaco en los últimos 30 días. El tabaco fumado, es el formato más consumido (19,6% de fumadores actuales de cigarrillos, con mayor prevalencia mayor en mujeres 21,5% versus 17,4% varones). Estos resultados reflejan una disminución en relación con la EMTJ previa de 2007, donde el indicador fue de 24,5%.

 **Entre los 13 y 15 años fuman más las adolescentes que los adolescentes. Todos los jóvenes encuestados destacaron el deseo de dejar de fumar y el alto número de intentos en el año anterior.**

Más de la mitad de los estudiantes fumadores de tabaco manifestó querer dejar de fumar al momento de la encuesta (55,2%), lo cual muestra un aumento en relación con el 2007 (50,2%). Asimismo, el 63,1% de los fumadores actuales de tabaco declaró haber hecho el intento de dejar de fumar en el último año, registrándose mayor proporción entre hombres y a mayor edad. La gran mayoría hizo el intento sin ayuda y el 8,3% recibió ayuda o consejos de un profesional de la salud.

El 47,5% de los estudiantes encuestados estuvieron expuestos al humo de tabaco ajeno en el hogar, en los últimos 7 días. Disminuyó el indicador en relación a la EMTJ 2007, cuando el 54,7% de los jóvenes manifestó estar expuesto al humo en el hogar. Siete de cada diez estudiantes declararon que se fumó en su presencia en lugares públicos en los últimos 7 días, sobre todo en lugares públicos abiertos (63,7%); en lugares cerrados, la exposición manifestada fue 52,5%. Casi la mitad de los adolescentes encuestados percibió personas fumando dentro de la escuela o en algún espacio abierto dentro de la institución (48,5%).

El 47,3% de los jóvenes fumadores de cigarrillos refirió haberlos comprado en un kiosco, negocio o vendedor callejero; a la gran mayoría no se les negó la venta debido a su edad (81,5%). En relación con la encuesta realizada en 2007, en 2012 se detectó un leve descenso de este último indicador (88,7%). Los resultados reflejan que los cigarrillos en paquete fueron el formato más elegido en la última compra (60,5%) y que el 32,8% adquirió cigarrillos sueltos. Se evidenció, asimismo, que el 64,5% de los estudiantes compraron productos de tabaco cerca de la escuela.

 **La prohibición de venta a menores de 18 años, no es una estrategia que desaliente el consumo de tabaco. Las medidas efectivas, se centran en el aumento de impuestos al tabaco, prohibición de la publicidad y demás medidas del MPOWER.**

El 74,1% de los encuestados de 13 a 15 años vio o escuchó algún mensaje en contra del tabaco en los medios de comunicación en el último mes, proporción similar a la evidenciada en la encuesta realizada en 2007 (72,4%). El 83,9% vio fotos o imágenes advirtiendo sobre los daños que produce el tabaco en los paquetes de cigarrillos en los últimos 30 días. En cuanto al impacto que estas advertencias generaron, el 41,4% de los estudiantes fumadores de cigarrillos declaró que les hicieron pensar en dejar de fumar.

La gran mayoría de los jóvenes encuestados que visitaron puntos de venta vieron carteles y publicidades de cigarrillos u otros productos de tabaco en ellos, durante los últimos 30 días. En cuanto a los mecanismos de promoción de tabaco, se evidenció que al 5,6% de los jóvenes, un representante de una empresa tabacalera les ofreció un producto de tabaco gratis, registrándose mayor proporción de varones que así lo declararon (6,5% *versus* 4,5% mujeres).

Se registró que el 37% de los jóvenes opinó que una vez que alguien se inicia en el consumo de tabaco es difícil dejar de fumar. En la encuesta realizada en 2007 el indicador resultó menor: 30,1%, sin

distinciones entre segmentos. Se consultó a los jóvenes su opinión sobre las leyes que prohíben fumar en espacios públicos cerrados y abiertos: el 83,6% estuvo a favor de la prohibición de fumar dentro de espacios públicos cerrados (descendiendo a 67,1% entre fumadores actuales de cigarrillos) y el 55,9% se manifestó a favor de la prohibición en lugares públicos abiertos (sólo el 33% de los fumadores actuales de cigarrillos así lo declaró).

 **Los jóvenes están de acuerdo con las leyes que prohíben fumar en espacios públicos cerrados, aunque la adhesión es algo menor si es fumador.**

La dinámica del comportamiento de los jóvenes respecto al tabaquismo se conoce a través de las EMTJ 2000 (solo en CABA), 2003, 2007 y 2012 (en todo el país), como así también por la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE 2007). Las encuestas EMTJ muestran con mayor detalle una continua disminución del porcentaje de fumadores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (25,5% en el 2000, 21,9% en el 2003 y 18,5% en el 2007) y en el país, tanto en varones como en mujeres.

Asimismo en el 2007, la EMSE identificó que a nivel nacional, fumaba un 25 % de la población de 13 a 15 años escolarizada, en mayor proporción las mujeres (varones: 24%, mujeres: 27%). En el contexto de una evaluación de la salud escolar más abarcativa en cuanto a sus hábitos saludables, salud mental y factores de protección, el 78% de los alumnos reportó que se fumó en su presencia uno o más días durante la última semana.

5. Estrategias efectivas para el control del tabaco

Para enfrentar el tabaquismo existen estrategias que han demostrado ser altamente efectivas. Al respecto se cuenta con suficiente evidencia científica, gran experiencia internacional y un Tratado Internacional: Convenio Marco para el Control del Tabaco adoptado por la Organización Mundial de la Salud (ver punto 6.1.).

Este convenio establece las principales medidas para enfrentar la epidemia de tabaquismo de manera efectiva. Sobre la base de este convenio se ha elaborado el Programa Nacional de Control del Tabaco. Siguiendo sus mismos lineamientos también se sancionó la Ley Nacional 26.687 de regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco (ver punto 6.2).

5.1. Objetivos del Programa Nacional de Control del Tabaco

Objetivo 1: Disminuir la accesibilidad

- Aumentar los precios e impuestos a los productos del tabaco ya que, como hemos señalado, la accesibilidad está determinada por los precios bajos.
- Regular el tamaño mínimo de unidades para la venta al público.
- Prohibir la venta de productos de tabaco a menores de edad.

- Prohibir el expendio a través de máquinas u otros medios que faciliten el acceso a menores de edad.
- Realizar las inspecciones por presuntas infracciones a las disposiciones de la Ley 26.687.


Objetivo 2: Promover estilos de vida sin tabaco

- Restricción fuerte a la publicidad, patrocinio y promoción de productos del tabaco.
- Evitar la información distorsionada al consumidor.
- Ofrecer advertencias sanitarias efectivas a través de los envases y de las publicidades permitidas de tabaco.
- Difundir mensajes de contra publicidad y resignificación del tabaquismo como adicción.
- Incorporar la prevención del tabaquismo y el control del tabaquismo pasivo en la educación.

Los objetivos 1 y 2 apuntan a la modificación de estilos de vida tienen una parte referida a acciones educativas y otra referida a acciones regulatorias. Para combatir esta epidemia no alcanza con transmitir mensajes, ya que existen registros publicitarios con inversiones multimillonarias altamente efectivos, que llegan a los jóvenes. Es necesario establecer formas de regulación para impedir ese tipo de publicidades.

Objetivo 3: Concientizar y promover Ambientes Libres de Humo

- Promover ambientes 100% libres de humo de tabaco en todas las instituciones públicas y privadas, hogares, medios de transporte y espacios cerrados de uso colectivo. Algunas de estas medidas se efectúan por legislación, pero dado que esta no afecta a los hogares, es necesario promover que tanto los hogares, como los autos sean 100% libres de humo. Esto significa que no se fume en absoluto dentro de espacios cerrados.

 **Situación nacional: al comenzar a implementar las medidas y a difundir la campaña con la cual comenzó el Programa Nacional –cuyo principal interés fue promover la defensa del derecho de las personas a respirar aire puro (primera estrategia de campaña)– el 80% de la población argentina mostró apoyo a estas medidas y estuvo de acuerdo en que se prohibiera fumar en lugares públicos y de trabajo (2004). Hoy sabemos que estos porcentajes se han incrementado en aquellas provincias que ya tienen legislación 100% libre de humo superando el 90% de apoyo en la población.**

Objetivo 4: Estimular la cesación del tabaquismo

- Promover la cesación tabáquica en la población (adultos y jóvenes).
- Promover el control del tabaco en la práctica regular de los servicios de salud.
- Promover el desarrollo de servicios de cesación tabáquica o tratamiento que faciliten el acceso a la población.

Objetivo 5: Implementar la Ley Nacional de Control de Tabaco

- Seleccionar las advertencias sanitarias.
- Realizar las inspecciones por incumplimiento de la Ley Nacional de Control de Tabaco de acuerdo a la competencia que la ley asigna.
- Articular su implementación con las jurisdicciones.

6. Legislación

6.1. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco

El Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco contiene una serie de medidas, relativas a la reducción de la demanda de tabaco, contempladas en los artículos 6 al 14. Algunas de ellas relacionadas con los precios e impuestos, y otras con los siguientes aspectos:

- Protección contra la exposición al humo del tabaco.
- Reglamentación del contenido de los productos de tabaco.
- Reglamentación de la divulgación de información sobre productos de tabaco.
- Empaquetado y etiquetado con advertencias e imágenes en los paquetes de cigarrillos, educación, comunicación, formación y concientización del público.
- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y medidas relativas a la reducción de la dependencia y al abandono del tabaco.

Por otra parte, las disposiciones relativas a la reducción de la oferta que figura en los artículos 15 a 17, son: el combate al comercio ilícito que implica el contrabando, la fabricación ilícita, la falsificación de cigarrillos, la venta a menores y por menores y la promoción de alternativas agrícolas cuando la demanda mundial de tabaco descienda. El convenio establece la necesidad de generar algún apoyo a los cultivadores cuando esto sea requerido.

6.2. Ley Nacional 26.687 de Regulación de Publicidad y Consumo de Tabaco

Fue promulgada el 13 de junio de 2011 y reglamentada por el Decreto 602/2013 del 28 de mayo de 2013. Las principales medidas que establece son:

- **Regulación de la publicidad, promoción y patrocinio de productos elaborados con tabaco.** La Ley prevé una prohibición absoluta, salvo aquellas excepciones que específicamente menciona.

- **Composición de los productos elaborados con tabaco.** Todos los cigarrillos o cigarritos destinados al comercio en el mercado nacional, deben ajustarse a los estándares prescriptos por la Ley. El Ministerio de Salud puede establecer la prohibición del uso de determinados ingredientes. Asimismo, tiene la facultad de solicitar a los fabricantes e importadores de productos elaborados con tabaco información sobre los ingredientes utilizados en sus productos. Desde el Programa Nacional de Control del Tabaco se solicita anualmente esta información.

- **Venta y Distribución.** La Ley prohíbe la venta, exhibición, distribución y promoción por cualquier título de productos elaborados con tabaco, en determinados lugares, a través de paquetes abiertos, máquinas expendedoras o paquetes que sean menores a 10 unidades. Específicamente está

prohibida la venta, distribución, promoción y entrega a menores de 18 años ya sea para su consumo o para el de terceros.

- **Protección ambiental contra el humo de productos elaborados con tabaco.** Los ambientes de trabajo y de uso público cerrados deben ser 100% libres de humo.

- **Empaquetado de los productos elaborados con tabaco.** A partir de esta regulación todos los empaquetados y envases de productos elaborados con tabaco deben llevar insertos una imagen y un mensaje sanitario que ocupe el 50% de las superficies principales expuestas y que describa los efectos nocivos de su consumo. Los mismos deben ser actualizados periódicamente. Como consecuencia de ello, el Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación en el orden nacional, dictó las Resoluciones Ministeriales 497/2012 y 494/2014 que aprueban respectivamente la normativa gráfica de empaquetado, venta y consumo de productos elaborados con tabaco y su correspondiente actualización.

Asimismo, la Ley prohíbe en los paquetes y envases de los productos, la utilización de términos tales como "Light", "Suave", "Milds", "bajo en contenido de nicotina y alquitrán" o términos similares que tengan el efecto de crear la falsa y engañosa impresión de que un determinado producto elaborado con tabaco es menos nocivo que otro.

En clara concordancia con esta previsión, el Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI) dictó en julio de 2014 la resolución P 152 en la cual prohíbe el registro como marca cuando el signo pretendido contenga vocablos como "Light", "Suave", "Milds" o la frase "bajo contenido en nicotina o alquitrán" o términos similares.

Advertencias Sanitarias 2012





Además, la Ley determina que los paquetes y envases de productos elaborados con tabaco, deben incluir impresos en alguno de sus laterales información sobre el servicio gratuito para dejar de fumar con una dirección de correo electrónico para realizar la denuncias por incumplimiento a las disposiciones de la Ley.

A los fines de aplicar las sanciones previstas en la Ley, y con el propósito de garantizar el ejercicio del derecho de defensa, el Ministerio de Salud dictó la Resolución Ministerial 425/2014. Dicha resolución aprueba el Régimen General de Fiscalización y Tramitación de Denuncias por Infracción a la Ley 26.687, que tiene como finalidad ordenar el ingreso y tramitación de denuncias recibidas por presuntos incumplimientos a la normativa. Es a partir de esta resolución mediante la designación de inspectores sanitarios habilitados, que se comenzaron a realizar inspecciones en aquellos espacios de jurisdicción federal y por violación al Capítulo II de regulación de la publicidad, promoción y patrocinio.

La industria tabacalera no demoró su reacción frente a estas inspecciones y alegó falta de competencia del Ministerio de Salud para revisar cuestiones relativas a la publicidad, promoción y patrocinio. Al día de hoy se han labrado aproximadamente 300 actas de inspección.

En cuanto a la experiencia del empaquetado y etiquetado en otros países, compartimos la siguiente información:


- Brasil, Canadá, Venezuela, Panamá, Uruguay, Chile, Perú ya implementaron las advertencias con imágenes.
- Varios países vienen desarrollando crecientemente las advertencias sanitarias con imágenes.
- Brasil y Canadá son los países pioneros en América y otros se han ido sumando a medida que se implementan en el mundo las medidas que establece el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

Las encuestas en países con más años de implementación de medidas de advertencias sanitarias muestran que las imágenes ayudan al fumador a avanzar en las etapas de cambio para dejar de fumar y, estimulan a que no fumen en sus hogares. De alguna manera, estas medidas transmiten al consumidor información más fehaciente acerca de los riesgos a los cuales se expone. Asimismo se contribuye a sensibilizar a los adolescentes, en la medida en que el paquete de cigarrillos –que hasta ahora era utilizado como una estrategia de marketing de la industria– se convierte en una herramienta que ayuda a la prevención del consumo de tabaco.

Otra de las medidas que establece la ley es la prohibición de emblemas de marca. La industria, con los productos de tabaco, entrega una serie de productos accesorios (gorras, lapiceras y otros productos atractivos para distintos grupos etarios) con los logotipos y colores de la marca. Actualmente esto está prohibido por la legislación nacional. También se prohíbe el patrocinio, es decir, todo auspicio que se realiza sobre actividades o eventos públicos, a través de cualquier medio de difusión, como las fiestas electrónicas que desarrollaba la industria tabacalera, los recitales, eventos deportivos, etcétera.

7. Educación, comunicación, formación y concientización del público

El Programa Nacional de Control de Tabaco, a través de distintas medidas, ha generado campañas de comunicación destinadas a la población general en ámbitos de la vía pública y espacios deportivos, como canchas de fútbol. De este modo, se ha desarrollado en todo el país una estrategia de comunicación a través de diversos medios, que incluye campañas radiales y televisivas, acciones promocionales durante el verano, con el propósito de instalar el tema, buscando asociar la campaña con alguna problemática central del momento, de modo de configurar toda una estrategia de comunicación completa y articulada.

 Muchas veces cuando pensamos en educación, lo hacemos en relación a las aulas escolares. Sin embargo, las charlas en los colegios son de bajo impacto para evitar que los niños y jóvenes comiencen a fumar. La utilidad de dicha

información es relativa en estas etapas del desarrollo de la persona en que la identificación con el grupo y con el mundo del adulto influyen con mayor fuerza. A esta identificación, han apuntado durante décadas las publicidades del cigarrillo con un palpable éxito en captar jóvenes para sus marquillas. Por esta razón, para alertar a quienes fuman, la información que se brinde sobre los riesgos se sugiere enmarcarlas dentro de otras estrategias efectivas (MPOWER).

Al mismo tiempo, existe una nueva legislación de ambientes libres de humo en provincias y municipios. En efecto, una oleada de legislación provincial y municipal se desarrolló a partir del año 2004. Las provincias de Córdoba, Tucumán, Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, comenzaron con esta iniciativa de legislación libre de humo. Otras provincias adhirieron a la legislación nacional. Las primeras fueron Formosa y Córdoba, posteriormente adhirieron Mendoza, Chubut y La Rioja. Hay otras provincias que no tienen una legislación 100% libre de humo lo que ha generado muchos inconvenientes, especialmente en los trabajadores de los casinos y los bingos, que se encuentran expuestos a riesgos muy altos por la enorme concentración de partículas y sustancias tóxicas cancerígenas que tiene el humo de tabaco.

En relación con la exposición al humo de tabaco ambiental, al observar las encuestas de 2005 y 2009 respecto de la exposición al humo de tabaco ambiental, vemos que ha mejorado en todas las provincias. En algunas más que en otras como resultado de los cambios legislativos que ya mencionamos. Esto representa no solo el impacto de la disminución en los lugares de uso público, sino también en los propios hogares, porque cuando las personas registran que no se puede fumar en un lugar público por razones de salud, frecuentemente comienzan a dejar de fumar en los hogares para proteger a su familia. (ENFR 2005 y 2009).

¿Cuál es el impacto de políticas de Ambientes Libres de Humo en la Argentina?

Se han realizado algunos estudios para ver cómo impacta esta legislación en la salud y en la economía. Los resultados arrojados son los siguientes:

- **Impacto en salud:** un estudio sobre internaciones por eventos coronarios en hospitales públicos en la provincia de Santa Fe, mostró una disminución de 20% de internaciones por eventos coronarios al año de la plena implementación de la ley. Esto da cuenta de un impacto sanitario de gran envergadura.

- **Impacto económico:** durante la primera época de la implementación de las medidas, distintos sectores vinculados a la industria tabacalera sugerían que las leyes generarían pérdidas económicas en los bares, restaurantes y casinos. Se realizaron estudios que evidenciaron que no hubo disminución de ventas de bares y restaurantes en 4 provincias estudiadas. En algunos casos, incluso hubo aumentos de ganancias.

- **Estrategia de capacitación en el tratamiento de la adicción al tabaco en el primer nivel de atención:** el Programa Nacional ha desarrollado una serie de cursos de capacitación que abarcó prácticamente a todas las provincias: en una primera etapa formando multiplicadores a nivel provincial, y una segunda etapa destinada a los equipos de salud del primer nivel de atención. También esto se ha extendido a la formación de residentes que puedan actuar como multiplicadores en sus respectivas residencias. El propósito de la organización o la expansión de esta estrategia a nivel nacional es salvar la necesidad de la construcción de capacidad nacional para el control del tabaco.

El abordaje del control del tabaco requirió:

- **Involucrar múltiples niveles gubernamentales** (nacional, provincial y municipal) con acciones y equipos comprometidos en cada uno de estos niveles. En el marco nacional, por ejemplo, se realizan reuniones periódicas con los referentes provinciales.

- **Involucrar múltiples sectores de la sociedad** (gubernamental, ONG, instituciones públicas y sector privado). Se constituyó una Comisión Nacional del Control del Tabaquismo -Decreto 602/2013- de la cual participan el Ministerio de Educación, el Ministerio de Ambiente, Economía, la Administración Federal de Ingresos Públicos, el SEDRONAR, etc. En ningún caso, se admite la participación de la industria tabacalera que por un tema de intereses contrarios no debe participar en este tipo de iniciativas. Esta es una recomendación del Convenio Marco que alerta sobre las interferencias que la industria tabacalera históricamente viene realizando para impedir el desarrollo de las políticas de salud referidas al control del tabaco.

- **La institucionalización del Programa Nacional de Control del Tabaco.**

- **Integrarse, desarrollarse y/o referenciarse dentro de un marco internacional**, que es el Convenio Marco y la Comisión Intergubernamental de Control del Tabaco del Mercosur, que desarrolla estrategias regionales para los países del Mercosur y para todos los Estados de Sudamérica que están asociados. Se elaboran diversas estrategias como el Banco de Imágenes de Advertencias Sanitarias del Mercosur, que es una de las estrategias de los países hacia las problemáticas que enfrentan cada uno de ellos. Por ejemplo, en el marco del Mercosur se elaboró un apoyo regional y de bloque frente a la demanda que la tabacalera Philip Morris realizó contra Uruguay.

8. Conclusiones

Muchos avances se han realizado en el país en materia de control del tabaco con acciones integradas en el marco de el Programa Nacional. Dentro de los avances mensurables, se destaca el continuo descenso de la prevalencia de fumadores, tanto en adultos como en jóvenes y el conocimiento detallado de las características de nuestros fumadores a través de encuestas especiales.

Por otro lado, cabe destacar la sensibilización social lograda, con una clara aceptación de los ambientes libres de humo. Se suman entre los avances las advertencias sanitarias que en el mismo atado de

cigarrillos concientizan sobre los daños y orientan hacia la línea de ayuda.

Por su parte, la creciente capacitación a los equipos de salud permite brindar orientaciones claras en base a la Guía de Práctica Clínica Nacional del Tratamiento de la Adicción al Tabaco y recomendar tratamientos efectivos.

De este modo, se continúa trabajando en estrategias para desalentar el consumo de tabaco y proteger a la comunidad del humo ajeno. La existencia de un marco legislativo a nivel nacional es un paso central para evitar un gran número de muertes y mejorar la calidad de vida de la población.

ACTIVIDAD

Les proponemos que naveguen por la página del Programa Nacional de Control del Tabaco (www.msal.gov.ar/tabaco) e identifiquen qué recursos podrían complementar su práctica en los centros de salud.

Módulo 2

Daños ocasionados por el tabaquismo y beneficios de dejar de fumar. Introducción al tratamiento

Autores

Dra. Brunilda Casetta, médica.

Dr. Alejandro Videla, médico.

Objetivos del módulo

- Profundizar el conocimiento sobre los daños del tabaquismo, y reconocer los beneficios de dejar de fumar.
- Conocer, y estar en condiciones de aplicar, las estrategias recomendadas en el diagnóstico y tratamiento para el abordaje del fumador (en particular la intervención breve).
- Reconocer el momento en que se encuentra cada fumador frente al cambio que significa dejar de fumar.

1. Daños del tabaquismo en la salud

En el módulo 1 vimos una introducción general a las estrategias efectivas para el control de esta epidemia. En este módulo, nos centraremos específicamente en los daños ocasionados por el tabaquismo, en base a la Guía de Práctica Clínica Nacional del Tratamiento de la Adicción al Tabaco.

Como se ha comprobado, mencionar los daños provocados por el tabaquismo no resulta efectivo a la hora de promover la motivación para dejar de fumar. Por lo tanto, no es recomendable que la intervención del equipo de salud se focalice en el requerimiento de estudios y análisis clínicos para concientizar al fumador. Además, los estudios que arrojen resultados normales pueden promover un falso reaseguro a la persona que fuma.

Sin embargo, se ha observado que la **información dura** resulta más eficaz en las advertencias

sanitarias –como por ejemplo, en imágenes y frases colocadas en el atado de cigarrillos que advierten sobre los daños que producen sus sustancias–.

No obstante, es imprescindible recordar que el daño producido por el tabaco es mucho más profundo de lo que se piensa, y que todo el equipo de salud está involucrado en su atención. En la actualidad, nos sigue sorprendiendo la cantidad de “nuevos” daños que, tras las investigaciones, se van conociendo y publicando año tras año, incluso en las personas que fuman pocos cigarrillos por día. Publicaciones recientes (Carter BD y col. 2015; Casetta B. 2015) muestran que el tabaquismo aumentó en un 17% la responsabilidad en la mortalidad mundial.

ACTIVIDAD


1. Lean el Cuadro 2 “Daños producidos por el tabaco en los órganos y sus funciones”.
2. Señalen ¿cuál o cuáles les resultaron sorprendentes, nuevos o desconocidos?
3. Reflexionen sobre cuáles de estos daños creen que conocen las personas que se atienden en el CAPS.

1.1. Todo tipo de tabaco es dañino

Hay un mito popular que sostiene que el cigarrillo es la única forma dañina de fumar tabaco, pero esto no es tan real. Todo tipo de tabaco es dañino: cigarrillos, pipa, cigarros, etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos advierte sobre esta realidad.

 En nuestro país, el 98,3% cree que fumar causa enfermedades graves (EMTA 2012).

Es cierto que fumar cigarrillos constituye la forma predominante de adicción a la nicotina en todo el mundo. Cada cigarrillo contiene 11 a 13 miligramos de nicotina y libera, a cada fumador, entre 1 y 2 miligramos (tendremos en cuenta estos datos en el módulo sobre tratamiento farmacológico donde se tratará su reemplazo por los sustitutos de la nicotina).

 Todo tipo de tabaco es dañino. No debemos dejarnos engañar por nombres falsos como “suaves” o “light”. Los cigarros armados producen el mismo daño (que es aún mayor si no contienen filtros).

El tabaco provoca daños mediante sus sustancias tóxicas:

- El cigarrillo tiene más de 7000 sustancias de las cuales más de 70 producen cáncer.
- Es un carcinógeno clase “A” lo que significa que está comprobado que produce cáncer.

Algunos compuestos del tabaco que resultan familiares son: acetona (quitaesmalte), arsénico (veneno), benceno (napalm), cadmio (baterías de autos), DDT (insecticida), polonio 210 (armas nucleares), tolueno (solvente industrial), etcétera. Sin embargo, el fumador por las mismas características de la adicción, tiende a poner el riesgo en otros factores como el estrés, la contaminación o a sostener que realizando actividad física se anula el efecto dañino, lo cual es falso.

Por ejemplo, en actividades desarrolladas en la vía pública al medir el monóxido de carbono en transeúntes en esquinas muy transitadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, encontramos que los no fumadores presentan valores normales y los fumadores tienen valores muy elevados de este gas tóxico.

Repasando someramente los daños en la salud, observamos que no hay órgano que quede fuera del perjuicio del tabaco, si bien algunos de ellos son más conocidos. Podríamos preguntar a las personas que fuman, qué daños asocian al efecto del cigarrillo y, por lo general, sólo suelen nombrar: cáncer de pulmón e infartos. Sin embargo, el espectro es mucho más amplio. Veamos algunos de ellos agrupados en el siguiente cuadro por órgano afectado.

Cuadro 2. Daños producidos por el tabaco en los órganos y sus funciones.

ÓRGANO O FUNCIÓN AFECTADOS	DAÑOS
Psiquismo	Adicción
Cerebro	Accidente cerebro vascular; trastorno cognitivo.
Ojos	Ceguera (degeneración macular), cataratas, irritación de las conjuntivas.
ORL	Disminución de la audición, otitis, cáncer, rinitis, alteración de olfato y gusto.
Salud bucal	La salud bucal está seriamente afectada por el tabaco porque es la puerta de entrada obligatoria de humo a muy alta temperatura y elevado pH, compuesto por numerosos tóxicos, lo cual genera enfermedad periodontal, gingivitis, pérdida de dientes, caries, decoloración, mal aliento, cáncer de lengua, cáncer de boca, dolor faríngeo.
Piel	Envejecimiento prematuro, pérdida de brillo de la piel. La piel del fumador es más opaca.
Corazón	Infarto agudo de miocardio, arteriosclerosis. Aumento de la mortalidad por causa cardiovascular. Aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca.
Tórax y abdomen	Cáncer de esófago, cáncer gástrico, pancreático, cáncer de colon, aneurisma de aorta, úlcera péptica (esófago, estómago, duodeno).
Pulmones	Cáncer de pulmón, cáncer de bronquios, cáncer de tráquea; enfisema, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), bronquitis crónica; infecciones respiratorias: influenza, neumonía, tuberculosis; asma, tos crónica, excesiva producción de expectoración.
Hígado	Cáncer
Piernas y pies	Enfermedad vascular periférica, dolor al caminar y gangrena. Trombosis.
Esqueleto	Osteoporosis, osteopenias, fractura de cadera. Lumbalgias. Aumento de fractura de tobillo en mujeres. Desgarro meniscal.
Reproducción femenina	Cáncer de cuello útero, falla ovárica prematura, menopausia temprana, reducción de la fertilidad, dismenorrea (dolor menstrual). Embarazo ectópico.
Reproducción masculina	Infertilidad, deformación de espermatozoides, pérdida de motilidad y número de los espermatozoides, impotencia.
Otros	Leucemias, daños del ADN.

1.2. Daños del tabaquismo en el embarazo, durante la lactancia y en la adolescencia

En el embarazo y durante la lactancia

El embarazo es un período especialmente receptivo de los cuidados de la salud, y las mujeres suelen estar muy dispuestas a hacer todo lo necesario para que su hijo sea sano. El hecho de que la mujer no fume durante el embarazo o que deje de fumar en cualquier etapa del mismo, se asocia a una reducción de los riesgos, tanto en la madre como en el niño.

Riesgos para la madre:

- Aborto espontáneo.
- Embarazo ectópico.
- Rotura prematura de membranas.
- Complicaciones placentarias.
- Parto prematuro.

Riesgo para el niño:

- Bajo peso al nacer.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.
- Patologías respiratorias.
- Efectos cognitivos.
- Labio leporino.
- Mayor posibilidad de obesidad, de diabetes tipo 2 y de adicción en la adolescencia.

Es fundamental promover los cuidados de la mujer y del niño tanto durante el embarazo como después del nacimiento. El rol de los equipos de salud es detectar a las mujeres que siguen fumando para trabajar con ellas la motivación, y acompañarlas a que dejen el cigarrillo con éxito.

En la adolescencia

El daño está dado en primer lugar por tratarse de una adicción que incluso puede convertirse en la puerta de entrada a otras adicciones aún más perjudiciales. Cada día entre 80.000 y 100.000 jóvenes en todo el mundo se vuelven adictos al tabaco. Un adolescente que empieza a fumar a los 15 años no tendrá aún un daño orgánico serio, pero sí se verá afectado su psiquismo. Además la adicción provoca ansiedad y sentimiento de culpa referido a causarse daño a sí mismo por fumar.

Si bien a largo plazo, los daños son reconocidos (ver cuadro) existen otras consecuencias que pueden aparecer desde el inicio. Fumar provoca obstrucción e irritación de las vías respiratorias superiores e inferiores (especialmente en asmáticos) y puede enlentecer el desarrollo de la función pulmonar en los adolescentes. Además, los jóvenes fumadores presentan frecuencia cardíaca más elevada.


1.3. Estimación del daño en fumadores de pocos cigarrillos

Otro mito que es necesario comenzar a desarticular es aquel relacionado con fumar poco; esto es que fumar menos de 10 cigarrillos por día, de forma salteada u ocasionalmente, no produce daño. También en estos casos, hay riesgos relativos muy altos de sufrir aneurismas, infartos de miocardio y mortalidad cardiovascular en general.

Consumir entre 1 y 14 cigarrillos por día provoca riesgo de cáncer esofágico; 1 a 4 cigarrillos por día aumenta el riesgo de cáncer de pulmón –el Riesgo Relativo (RR) llega a 5 en mujeres– y de cáncer gástrico. Fumar menos de 10 cigarrillos por día aumenta casi al doble el riesgo de cáncer pancreático.


Por otra parte, se asocia al desarrollo de tumores en todo el organismo (por daño directo del ADN) así como al desarrollo de enfermedades respiratorias, visuales, osteomusculares y reproductivas.

En cuanto a las enfermedades respiratorias, fumar “pocos” cigarrillos aumenta el riesgo de infecciones y, a su vez, los episodios de tos son más prolongados en relación con las personas que no fuman.

 Por todo lo dicho, los fumadores de pocos cigarrillos (menos de diez) y quienes no fuman diariamente corren riesgos significativos para su salud, por lo que se sugiere identificarlos y aconsejarles dejar el consumo.

2. Beneficios de dejar de fumar

Como se ha mencionado, no se recomienda focalizar la entrevista en los daños ocasionados por el tabaquismo, ya que no resulta efectivo, ni facilita la apertura de la persona que fuma. De todos modos, es fundamental tenerlos presentes para poder aconsejar conforme al estado de salud de cada fumador.

 Siempre es beneficioso dejar de fumar, a toda edad y en cualquier situación de salud.
Puede ser útil plantear a la persona que fuma, una pregunta abierta sobre qué daños conoce del tabaco y qué beneficios se esperan al dejar de fumar.

Cuadro 3. Cronología de los beneficios de dejar de fumar

20 minutos	Normalización de la presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura de las extremidades.
8 horas	La nicotina sérica disminuye más del 80%.
12 horas	Aumentan los niveles de oxigenación de la sangre y se normalizan los niveles de monóxido de carbono.
24 horas	Mejoría de la disfunción endotelial venosa.

48 horas	Se Inicia la regeneración de terminaciones nerviosas dañadas, con normalización del olfato.
72 horas	Depuración al 100% de nicotina y el 90% de sus metabolitos han sido eliminados por orina. Pico de los síntomas de dependencia química como la inquietud. Momento de mayor aparición de ganas de fumar por desencadenantes ambientales. Disminución del tono bronquial. Ya hay mejoría de la disnea.
5 - 8 días	El fumador promedio sufrirá unos tres episodios diarios de ganas de fumar (duran menos de 3 minutos). Algunas personas presentan episodios transitorios de tos y expectoración.
10 días a 2 semanas	Hay disminución de los síntomas de dependencia. Se observa normalización de la circulación en las encías y dientes.
2 a 4 semanas	Desaparición de la ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio, inquietud y depresión asociadas a la cesación. Mejoría de la agregación plaquetaria. Mejoría de la relación HDL/LDL. Normalización del número de células progenitoras endoteliales lo que disminuye el riesgo de enfermedad coronaria.
21 días	Los receptores colinérgicos en el cerebro que habían aumentado su número en respuesta a la nicotina han disminuido y la ligazón de los receptores se asemeja a los niveles del cerebro de un no-fumador.
2 semanas a 3 meses	Disminución del riesgo de infarto de miocardio. Mejoría de la función pulmonar.
3 semanas a 3 meses	Mejoría sustancial de la circulación. Mayor facilidad para caminar. Desaparición de la tos crónica.
1 a 9 meses	Mejoría de los síntomas de congestión de los senos paranasales, fatigabilidad y disnea vinculadas con fumar. Mejoría de la depuración mucociliar pulmonar con mejor manejo de secreciones y menos infecciones respiratorias. Mejoría de la energía corporal. Mejoría significativa de la disfunción endotelial coronaria. Disminución significativa de los valores de escalas de estrés.
1 año	Disminución del 50% del riesgo de enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular.
5 a 15 años	El riesgo de accidente cerebro vascular es comparable al de un no fumador.
10 años	Disminución del riesgo de aparición de cáncer de pulmón de entre el 30% y el 50% comparado con quien sigue fumando. El riesgo de muerte por cáncer de pulmón disminuye un 50% comparado con un fumador de 20 cig/día. El riesgo de cáncer de páncreas disminuye al de un no-fumador y disminuye el riesgo de cáncer de boca, garganta y esófago.
13 años	El riesgo de perder dientes por fumar ha disminuido haciéndose igual al de un no-fumador.
15 años	El riesgo de enfermedad coronaria es comparable al de una persona que nunca fumó.
20 años	El riesgo aumentado de morir por causas vinculadas al tabaquismo en mujeres, incluyendo enfermedad pulmonar y cáncer, se equipara al de una persona que nunca fumó.

- ✿ Dejar de fumar a cualquier edad mejora la sobrevivencia y la calidad de vida. En promedio los fumadores viven 10 años menos que los nunca fumadores. Un 25% de fumadores perderá 20 a 25 años de vida. Cuanto más joven se deje de fumar, mayor es el beneficio. De hecho, quienes dejan de fumar antes de los 30 años prácticamente equiparan su curva de sobrevivencia a los de los nunca fumadores.

ACTIVIDAD

- Lean la cronología de las mejorías por dejar de fumar a través del tiempo.
- Reflexionen sobre la información que más les sorprendió.
- Identifiquen frases sobre el tema que por su impacto podrían servir para que las personas que consultan en el CAPS piensen en dejar de fumar.
- Imaginen formas de presentar esta información (preguntas abiertas, preguntas con opciones de respuesta, imágenes, afirmaciones, etc).

Ej. Al año de dejar de fumar el riesgo de infarto baja a la mitad.

2.1. Tratamiento del tabaquismo

La intervención se refiere a un abordaje, acción o programa –mayor al simple consejo– que se extiende a más de una oportunidad de contacto con la persona fumadora. Hay diferentes intervenciones y se distinguen, principalmente, por la duración de cada contacto y la suma de tiempo total del tratamiento:

- **Intervención mínima:** menos de 3 minutos por contacto;
- **Intervención breve:** entre 3 y 10 minutos por ocasión;
- **Intervención intensiva:** más de 10 minutos por encuentro.

Por ser altamente efectivas, se recomienda que las **intervenciones breves** sean brindadas especialmente por los médicos y los enfermeros en el primer nivel de atención, con extensión a todo el equipo de salud y a los ámbitos de atención.

La nemotecnia más difundida de la **intervención breve** comprende cinco pasos:

- **Averiguar** el estatus tabáquico (si la persona fuma o no, si es fumador pasivo).
- **Aconsejar** la cesación.
- **Asistir y evaluar** si está listo para dejar de fumar.
- **Ayudar** con herramientas conductuales y farmacológicas.
- **Acompañar** con el seguimiento.

Las **intervenciones breves** están integradas a la atención habitual sin importar el motivo de consulta. Cada paso puede ser realizado por distintos miembros del equipo de salud para lograr sumar mayor

tiempo de contacto y variedad de estilos de comunicación. A mayor tiempo de tratamiento y número de contactos, mayor efectividad.

Las **intervenciones de tratamiento intensivo** son realizadas por profesionales especialmente dedicados a la cesación, muchas veces en el marco de un programa. Las consultas son específicas para dejar de fumar y toman más de 10 minutos por sesión. Pueden ser ofrecidas a todo tipo de población, en formatos grupales, individuales, presenciales y/o telefónicos, con el complemento de materiales escritos y otros recursos. Tanto en las intervenciones breves como en las intensivas, se utilizan las mismas opciones farmacológicas efectivas.

Dentro de los principales modos de intervención, también señalaremos como de gran importancia las líneas telefónicas.

 En nuestro país contamos con una línea nacional de atención gratuita al fumador: 0800-999-3040

Los distintos formatos de asistencia, ya sean materiales de autoayuda, línea telefónica con seguimiento, mensajes de texto por celular y otros, son combinables tanto con las intervenciones intensivas como con las breves.

2.1.1. Identificación del fumador

Todo el equipo de salud está ligado a la atención del daño provocado por el tabaco, con lo cual refuerza la **importancia de que todos los actores de este equipo, pregunten a la persona que va a la consulta si fuma, si es fumador pasivo, si es ex fumador.**

En este último caso, se recomienda constatar que no haya recaído, y si es fumador, preguntar si sólo fuma en lugares abiertos o si lo hace dentro de la casa o del auto. Este dato es necesario registrarlo sistemáticamente en un lugar visible de la historia clínica, ya que esto aumenta la tasa de intervención por parte del equipo de salud.

ACTIVIDAD

¿Cómo se registra el estatus tabáquico (si la persona fuma o no, si es fumador pasivo) en la historia clínica de sus centros de atención?

¿Considera que esta información está bien visible en la historia clínica?

¿Imaginan alguna manera de mejorarlo?

Podemos utilizar la siguiente definición de **adulto fumador** del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos: toda persona mayor de 18 años que fumó al menos 100 cigarrillos en

su vida y que actualmente fuma todos o algunos días. Otra manera de identificar más sencilla, es preguntar si **fumó en los últimos 30 días**.



Si un adulto fumó algún cigarrillo en los últimos 30 días lo consideraremos como fumador.

Otra forma de obtener información complementaria es a través de las siguientes estrategias:

- **Preguntar por síntomas respiratorios crónicos:** tos, expectoración de tres meses, o disnea. En caso positivo solicitar espirometría para eventual diagnóstico de obstrucción al flujo aéreo.

- **Calcular carga tabáquica (paquetes/año):** paquetes de 20 cigarrillos fumados por día multiplicado por los años de fumador. Si presenta igual o más de 40 paquetes/año solicitar espirometría para evaluar posible obstrucción al flujo aéreo.

- **Valorar la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular y calcular el Riesgo Cardiovascular Global:**

- Obesidad o sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$)
- Inactividad física
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Edad (mayores de 55 para hombres y 65 años en mujeres)
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (menores de 55 años en los hombres y 65 en las mujeres)

EJEMPLOS REALES

Un hombre aguardaba su turno en la sala de espera. La semana anterior la enfermera le había encontrado la presión arterial alta por lo que lo citó a control. En ese momento comenzó a leer un poster que hablaba de cómo calcular uno mismo el riesgo cardiovascular y vió que si dejaba de fumar cambiaba el riesgo en los próximos años: de ser superior al 10% bajaría a menos del 10%... y se quedó pensando...

2.1.1.1. Embarazadas

El 26% de las mujeres en edad fértil son fumadoras y un 34% están expuestas al humo de tabaco ajeno. En la Argentina, entre 15% y 20% de las embarazadas son fumadoras.

Para realizar la identificación en la embarazada, se recomienda el uso de preguntas múltiples, como la encuesta autoadministrada que se presenta a continuación:

Encuesta autoadministrada

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación respecto al cigarrillo?

- Actualmente fumo y fumo lo mismo que antes de enterarme que estaba embarazada.
- Actualmente fumo, pero menos desde que me enteré que estaba embarazada.
- Fumo de vez en cuando.
- Dejé de fumar cuando me enteré que estaba embarazada.
- No fumaba ni cuando me enteré del embarazo, ni tampoco ahora. (Ver guía práctica “Cómo dejar el cigarrillo durante el embarazo y la lactancia” en Anexo).

 Las intervenciones propuestas en la GPC Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco pueden incrementar las tasas de abandono del cigarrillo entre 30% y 70% en las mujeres embarazadas.

EJEMPLOS REALES

Una obstétrica estaba iniciando un curso parto. Decidió imprimir unas encuestas de preguntas múltiples para que cada mujer embarazada la completara y se la llevara a su médico. Dentro de los temas conversados ese día, se incluyó la importancia de que el embarazo sea libre de humo propio y ajeno.

2.1.1.2. Adolescentes

En el caso de los adolescentes, como se encuentra experimentando el cigarrillo, generalmente no se reconocen como fumadores. Entonces es posible preguntar:


- **¿Probaste fumar alguna vez el tabaco aunque sea una a dos pitadas?**

Y si es así: ¿fumaste algún cigarrillo en los últimos 30 días?

En caso de respuesta afirmativa, debe ser considerado como fumador.

2.2. Aconsejar

Se recomienda a todos los equipos de salud brindar a las personas que fuman un breve consejo (que lleve unos minutos) para dejar de fumar, ya que incrementa las tasas de cesación.

 La acción de aconsejar demanda poco tiempo e implementada masivamente, genera un gran impacto sanitario.

Algunos tips para brindar consejos:

- El consejo debe ser claro, firme y personalizado. Por ejemplo, si la persona fumadora tiene osteoporosis, no basta con decirle: “hay que dejar de fumar”, sino ofrecer un consejo que tenga que

ver con su situación actual: por ejemplo, se puede mencionar cómo afecta el tabaco a los huesos y de qué modo neutraliza parte del efecto de su tratamiento de la osteoporosis.

- Los fumadores reconocen que el consejo del médico tiene una fuerte influencia en su decisión de dejar de fumar.

Veamos un ejemplo de cómo aconsejar:

“Como tu médico, te aconsejo dejar de fumar. Es la decisión más importante que podrías tomar para cuidar tu salud. Gran cantidad de personas lo logran diariamente y antes de intentarlo, muchas de ellas, sentían que era imposible. Dejar de fumar rejuvenece. Te vas a liberar de una adicción y a sentirte mejor. Yo te puedo ayudar. Mientras te vas haciendo a la idea, te sugiero fumar siempre al aire libre y evitar hacerlo en el auto, así como en cualquier espacio cerrado”.

- En el caso de las embarazadas es importante aconsejar sin culpabilizar. Por ejemplo, se puede colaborar en un marco de comprensión diciendo: “dejar de fumar es difícil por la naturaleza adictiva de la nicotina”.



Es importante recordar a la embarazada que no existe una cantidad mínima de cigarrillos que sea segura. El bajo peso al nacer se relaciona incluso con un sólo cigarrillo diario.

2.3. Evaluar la motivación y asistir a la persona preparada para dejar de fumar. Teoría del cambio de Prochaska y DiClemente

Las **etapas de cambio del fumador** fueron descritas por James Prochaska y Carlo DiClemente (1982): **precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento**. En todas estas etapas se admite la recaída como parte del proceso habitual del tratamiento de una adicción. Si bien existen otras teorías, nos apoyaremos en esta por ser de las más difundidas.

Etapas del cambio del fumador

- **Precontemplación:** los fumadores no reconocen o no consideran tener problemas con la adicción y no contemplan la posibilidad cierta de dejar de fumar.

- **Contemplación:** los fumadores reconocen tener problemas físicos o psíquicos a causa de la adicción, pero se muestran ambivalentes ante la decisión del cambio. Pueden aceptar que están pensando dejar de fumar para el próximo año.

- **Preparación:** la ambivalencia se va transformando en determinación para cambiar y aparece la idea de dejar de fumar en un futuro cercano (por ejemplo en el próximo mes). Es frecuente que estas personas ya hayan realizado un intento serio en el último año y deseen mejorar sus estrategias para no fallar la próxima vez.

- **Acción:** la persona que fuma comienza a cambiar su conducta respecto a su adicción. Realiza su propio plan o bien consulta por ayuda.

- **Mantenimiento:** la persona desarrolla estrategias para mantenerse sin fumar.

Ciertamente, no todas las personas fumadoras están igualmente preparadas para dejar de fumar. Algunas muestran mayor resistencia, otras dicen que quieren hacerlo pero no definen cuándo. Otras han hecho varios intentos y preguntan a sus amigos que han tenido éxito cómo lo lograron. Estas situaciones marcan pautas sobre el estadio de cambio en que se encuentra una persona con respecto a dejar de fumar.

- ✿ **Veamos algunas preguntas sencillas para evaluar en qué etapa de cambio está la persona que fuma:**
 - ¿Hizo algún intento serio de dejar en los últimos 12 meses que haya durado más de 24 horas?
 - ¿Se imagina siendo un exfumador en los próximos 12 meses?

Reconocer en qué etapa está, si está lista o no, puede ser útil para intervenir de manera efectiva:

- Cuanto más lejos esté la persona de tomar la decisión de dejar de fumar, más necesario se vuelve intervenir para favorecer la reflexión, con preguntas abiertas, indagando por qué fuma, cuáles son sus temores acerca de dejar de fumar.
- En la evaluación clínica se puede preguntar por los intentos previos (qué pasó, cómo se sintió, si pudo lograrlo alguna vez, si tuvo recaídas, si volvió a fumar, en ese caso porqué, si engordó, entre otros).
- Evaluar la dependencia física. Esta variable podrá brindar información para orientar el tratamiento farmacológico.

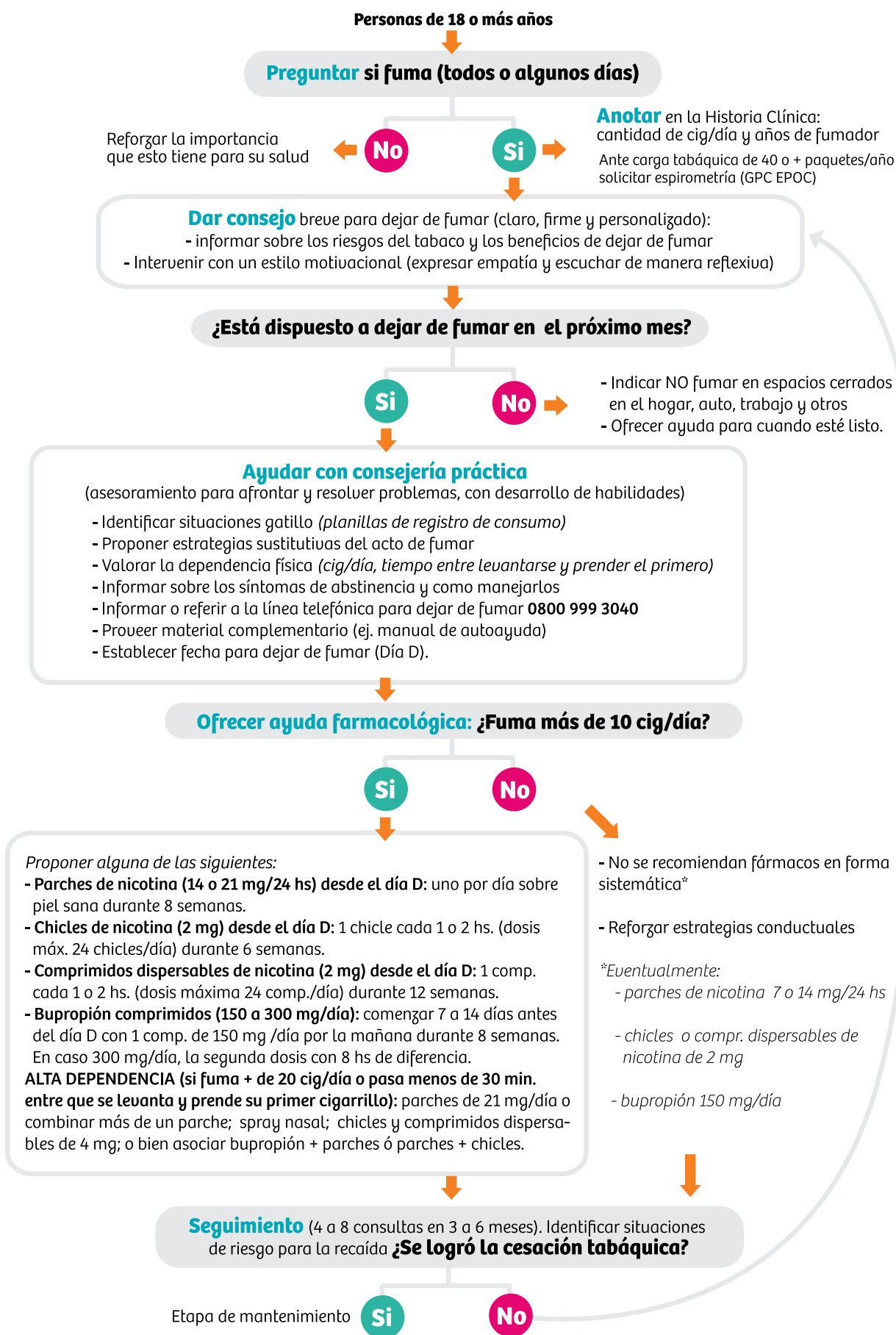
- ✿ **Se sugiere que al intervenir en la cesación se evalúen la motivación, la etapa del proceso de cambio, las preferencias, las circunstancias y las necesidades de la persona, se utilicen herramientas como la negociación, la estimulación y motivación al abandono, así como las distintas posibilidades de tratamiento.**

Muchas personas no se plantean dejar de fumar porque no conocen que existen tratamientos efectivos. Creen que sólo lo pueden intentar por sí mismos y, como en muchos casos ya lo han probado varias veces, no quieren arriesgarse a un nuevo fracaso. Aquí puede resultar oportuno contarles que existen tratamientos efectivos para esta situación de adicción y que es habitual que se requieran varios intentos antes de lograrlo definitivamente.

- ✿ **El estilo de intervención motivacional acompaña toda la atención del fumador. Por eso, resulta clave entrenarse en la formulación de preguntas abiertas y la actitud empática.**

Más adelante (Módulo 4), profundizaremos en las posibilidades de ayuda farmacológica, en tanto se ha demostrado que duplica y triplica las chances de dejar de fumar y colabora a no aumentar de peso.

Cuadro 4. Algoritmo del diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo.



ACTIVIDAD

Releven información testimonial de ex fumadores:

- ¿Qué los motivó a tomar la decisión?

- ¿Cuántos intentos hicieron antes de lograrlo definitivamente?

Pueden hacerlo en conversaciones informales con familiares, amigos, compañeros de curso, así como con personas que asisten a la consultas.

Información útil

Recursos

El Ministerio de Salud de la Nación pone a disposición de la población general las siguientes herramientas para dejar de fumar:

- Línea gratuita 0800-999-3040.
- Manuales de autoayuda que pueden descargarse de la web www.msal.gov.ar/tabaco.
- Listado de centros de atención en todo el país para cesación tabáquica que puede consultarse en www.msal.gov.ar/tabaco.
- Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco y su aplicativo – guía breve-.

Módulo 3

La importancia de promover Ambientes Libres de Humo de tabaco

Autores

Lic. Daniela Puntorello

Dra. Paola Morello

Lic. Natalia Coton

Objetivos del módulo

- Conocer los riesgos de la exposición al humo del cigarrillo en los casos de fumadores pasivos, ya sean adultos, adolescentes o mujeres embarazadas.
- Conocer las recomendaciones de implementación de Ambientes Libres de Humo (ALH). Conocer la Ley Nacional (art 23 y 24) y su regulación.
- Reflexionar y construir acuerdos acerca de los roles dentro del equipo de salud en la promoción de ALH.

1. Introducción

El humo que se genera al fumar un cigarrillo de tabaco contiene más de 7000 sustancias tóxicas de las cuales casi 70 han demostrado ser cancerígenas. Este humo no solo afecta a la persona que fuma, sino también a quienes no fuman, porque están expuestos al mismo. Está demostrado que cualquier nivel de exposición implica un riesgo y que a mayor exposición el riesgo es mayor.



La única manera de prevenir la exposición al humo de tabaco es que los ambientes cerrados sean 100% libres de humo (OMS).

¿A qué llamamos fumador pasivo?

El fumador pasivo es quien se encuentra expuesto al humo de tabaco ajeno en un ambiente donde alguien está o estuvo fumando. El humo de tabaco ajeno puede ser:

- **el humo de “segunda mano”**: es el que se encuentra en un ambiente donde alguien está fumando.
- **el humo de “tercera mano”**: es aquel que queda adherido a los tapizados, objetos, etc. luego de que alguien fumó en un espacio cerrado. Puede permanecer por semanas o meses.

2. Situación nacional

A continuación repasamos los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación, realizada en 2005, 2009 y 2013.

Cuadro 1. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación, realizada en 2005, 2009 y 2013.

INDICADOR	2005 (%)	2009 (%)	2013 (%)
Consumo de tabaco (población total)	29,7	27,1	25,1
Exposición habitual al humo de tabaco ajeno (entre los no fumadores)	42,8	40,4	36,3
Exposición al humo de tabaco ajeno dentro del hogar en los últimos 30 días (dentro de la población que estuvo en el hogar)		33,9	27,6
Exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días (a partir de la población que estuvo en el trabajo)		34,0	25,0
Exposición al humo de tabaco ajeno en bares/restaurantes en los últimos 30 días (comprendiendo a la población que estuvo en bares/restaurantes)		47,2	23,5

Estos resultados y la vigilancia de los indicadores sostenida en el tiempo, representan una información sumamente relevante para aquellos actores involucrados en la toma de decisiones de salud -a nivel nacional, provincial, municipal, intersectorial, etc.- a la hora de evaluar los resultados de las políticas de control de tabaco.

Al comparar los datos se observa una reducción en la prevalencia del consumo de tabaco y en la exposición al humo de tabaco ajeno. Esto puede atribuirse en gran medida a la implementación de la Ley Nacional de Control del Tabaco que rige desde el año 2011.

3. Daños en la salud de las personas expuestas al humo del tabaco

El 15% de las muertes ocasionadas por el consumo de tabaco ocurren en personas no fumadoras expuestas al humo. En nuestro país 6000 no fumadores mueren cada año por enfermedades causadas por el tabaquismo.

Es importante mencionar que quienes no fuman pero están expuestos de manera regular al humo de tabaco presentan los siguientes riesgos:

- 30% más de posibilidades de morir de cáncer.
- 25%-30% más de posibilidades de morir de enfermedad cardiovascular.
- Mayor desarrollo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

En distintos estudios con 20 horas semanales de exposición ambiental al humo de tabaco (OR 1,18), como también múltiples exposiciones al humo ajeno (OR 3,80) aumentan las posibilidades de desarrollar EPOC.

- Aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres.

Las leyes de protección de Ambientes Libres de Humo han demostrado reducir las internaciones por enfermedad cardiovascular, como en el caso de la provincia de Santa Fe, en un 30%.

Por su parte, los hijos de padres fumadores tienen mayor riesgo de:

- Síndrome de muerte súbita del lactante.
- Más internaciones al nacer.
- Menor peso al nacer.
- Malformaciones congénitas.
- Enfermedades respiratorias.
- Otitis media a repetición.
- Tos crónica.
- Menor crecimiento y función pulmonar.

✿ Estudios realizados, han detectado niveles de cotinina (metabolito de la nicotina) en la orina de niños de padres fumadores similares a los de un fumador de 7 cigarrillos por día.

✿ En relación con las mujeres embarazadas expuestas al humo ambiental, se ha demostrado que presentan mayor riesgo de dar a luz a un niño/a con bajo peso.

✿ La mujer embarazada debe ser preservada del humo de tabaco ambiental y estar siempre protegida en ambientes 100% libres de humo de tabaco.

Por último, las mascotas también son afectadas por el humo del tabaco y presentan mayor riesgo de:

- Cáncer de pulmón y problemas respiratorios.
- Linfomas.
- Alergias, enfermedades del ojo y de la piel.
- Intoxicación por colillas.

3.1. Derribando mitos

La contaminación del ambiente con humo de tabaco, tal como lo venimos señalando, es altamente dañina y no puede ser paliada de ningún modo. Las sustancias tóxicas pueden quedar adheridas en los objetos hasta meses después de haber fumado en un espacio cerrado.

Veamos algunos **mitos** que resulta importante clarificar:

- **Confiar en la ventilación:** esto es fumar con la ventana abierta o ventilar los ambientes durante o luego de haber fumado. Esta práctica no evita la exposición, ni el daño. **Tampoco existe sistema de ventilación o extractores capaz de remover eficazmente estos tóxicos.**
- **Utilizar desodorantes de ambiente:** estos sólo contribuyen a eliminar parcialmente el olor, pero no anulan los tóxicos.

Implementar ambientes 100% libres de humo es, en primer lugar, un derecho, con algunos atributos tales como:

- De simple implementación: no necesita instalaciones especiales.
- Económico: no requiere costosos equipos, ni gasto eléctrico.
- Modélico: protegen a la sociedad y en especial a los niños/as de ver el fumar como algo normal.
- Universal: se pueden respetar en todo contexto y presentan alta aceptabilidad social.

✿ Los Ambientes Libres de Humo (ALH) son beneficiosos porque protegen la salud de los no fumadores, disminuyen un 30% el consumo en los fumadores, colaboran en reducir el gasto en salud y generan una oportunidad de reflexión en quienes se ven obligados a salir a fumar.

4. Ambientes 100% libres de humo y legislación

La ley nacional de control del tabaco n° 26.687/11 publicada en el Boletín Oficial el 14 de junio 2011 ya fue presentada en el módulo 1. Aquí nos centraremos en los aspectos regulatorios para alcanzar ambientes 100% libres de humo de tabaco. Se calcula que la implementación de la ley evitará más de 10.000 muertes en los próximos 10 años.

Comprende:

- Publicidad, promoción y patrocinio.
- Empaquetado.
- Composición de los productos con tabaco.
- Venta y distribución.
- Ambientes libres de humo (protección ambiental contra el humo de productos elaborados con tabaco).
- Educación para la prevención.
- Sanciones.

EJEMPLOS REALES

- El quiosco de un hospital vendía cigarrillos, sin embargo a partir de la Ley Nacional ya no lo hace.
- Varias leyes provinciales de ALH exceptuaban al sector clínico de internación por padecimientos mentales. La Ley Nacional extendió su protección a estas personas y al equipo de salud que los atiende al No exceptuarlos.
- Los estudiantes de una facultad se quejaban de que algunos profesores fumaban dando clases, pero tras la la ley tienen que hacerlo afuera.
- Un quiosquero vendía cigarrillos sueltos, lo que facilitaba que las personas recaigan en su proceso de cesación tabáquica y que los adolescentes experimenten el cigarrillo al facilitar su accesibilidad. Con la Ley cambió dicha situación.
- Dos quioscos cercanos a una estación terminal tenían enormes publicidades de cigarrillos que no respetaban la Ley. A partir de las actas de sanción labradas por el Ministerio de Salud de la Nación, se revirtió esta situación.

Veamos dos de sus artículos más relevantes, que se refieren a la regulación de los ambientes:


Artículo 23. Se prohíbe fumar en:

- a.** Lugares de trabajo cerrados protegidos por la ley 19.587 de Higiene y Seguridad del Trabajo.
- b.** Lugares cerrados de acceso público.
- c.** Centros de enseñanza de cualquier nivel, inclusive instituciones donde se realicen prácticas docentes en cualquiera de sus formas.
- d.** Establecimientos de guarda, atención e internación de niños/as en jardín maternal y de adultos en hogares para ancianos.
- e.** Museos y bibliotecas.
- f.** Espacios culturales y deportivos, incluyendo aquellos donde se realicen eventos de manera masiva.
- g.** Medios de transporte público de pasajeros.
- h.** Estaciones terminales de transporte.
- i.** Áreas en que el consumo de productos elaborados con tabaco genere un alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inflamables, estaciones de expendio de combustibles, sitios de almacenamiento de los mismos o materiales explosivos o similares.
- j.** Cualquier otro espacio cerrado destinado al acceso de público, en forma libre o restringida, paga o

gratuita, no incluido en los incisos precedentes. Personas no fumadoras tendrán el derecho de exigir al propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del respectivo local o establecimiento, conmine al infractor a cesar en su conducta.

Artículo 24. Se exceptúan de la prohibición establecida en el artículo anterior:

- a.** Los patios, terrazas, balcones y demás áreas al aire libre que no sean espacios destinados al acceso de público en forma libre o restringida, paga o gratuita, mientras no se trate de establecimientos de atención de la salud o de enseñanza, excluidos los del ámbito universitario.
- b.** Los lugares de trabajo cerrados privados sin atención al público y sin empleados que cumplan funciones en esa misma dependencia.
- c.** Los clubes de fumadores de productos elaborados con tabaco o tabaquerías con áreas especiales habilitadas por autoridad competente.

 A partir de la sanción de la Ley y sus normas complementarias se establecen como canales de denuncias: 0800-999-3040 o www.msal.gov.ar/tabaco o Mesa de entradas MSAL (Avenida 9 de julio 1925 esquina Moreno, PB).

5. ¿Cuál es el rol del equipo de salud?

El equipo de salud tiene un rol central en promover la implementación de ambientes cerrados 100% libres de humo de tabaco. En primer lugar, deben promover que los lugares de atención de la salud sean Ambientes Libres de Humo de tabaco donde esto esté señalizado y no haya ceniceros disponibles.

Con relación a la atención de las personas, se recomienda que, en cada consulta:

- **Pregunte** sobre la exposición al humo en lugares cerrados tanto el hogar, el auto, los lugares de recreación o el trabajo.
- **Registre** la respuesta en la historia clínica.
- **Aconseje** siempre evitar la exposición haciendo que las personas fumen afuera.

Los hogares no son alcanzados por la ley y, por lo tanto, el consejo que pueda brindar el profesional de la salud sobre la importancia del ALH es fundamental.

EJEMPLOS REALES

Un trabajador de la industria del plástico se resistía a fumar afuera de su casa. Era "SU casa". Un agente sanitario visitó su domicilio para identificar factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Luego de la charla sobre las ventajas de los ambientes libres de humo y de los riesgos del humo ambiental del tabaco, comprendió que sus hijos no fuman y empezó a fumar afuera.

5.1. Recomendar el ABC en el hogar y en el auto

En la medida en que el equipo de salud dispone de información relevante y actualizada acerca del ALH puede realizar recomendaciones básicas que resulten útiles y efectivas, tanto para fumadores, como para no fumadores:

Algunas de ellas son las siguientes:

- Abrir las ventanas no resulta suficiente. Se debe fumar siempre en ambientes al aire libre, como terrazas, veredas, balcones. Esto es válido tanto para los convivientes, como para las visitas.
- Buscar aliados entre familiares y amigos para respetar los Ambientes Libres de Humo.
- Colocar carteles indicando que no se puede fumar "Hogar libre de humo", "auto libre de humo".
- Quitar ceniceros de su hogar ayuda a que sus familiares y amigos sepan que en su casa no se fuma.

ACTIVIDAD

-Reflexionen sobre cómo ha ido cambiando en su contexto la concepción y la realidad de los ambientes libres de humo (país, provincia, familia, sociedad, etc.). Compartan estas impresiones con sus compañeros de curso.

-Identifiquen si hay algo para mejorar en su lugar de atención.

¿Se respeta no fumar en todos los ambientes cerrados (incluso en el baño)? ¿Hay carteles que refuercen la idea de que está prohibido fumar en su lugar de atención de la salud?

Información útil

Recursos

El Ministerio de Salud de la Nación pone a disposición de la población general las siguientes herramientas para denuncias sobre incumplimiento de ALH:

- Línea gratuita 0800-999-3040
- www.msal.gov.ar/tabaco

Módulo 4

Personas preparadas para dejar de fumar: estilos de atención y tratamientos posibles

Autores

Dra. Brunilda Casetta

Dr. Alejandro Videla

Objetivos del módulo

- Reconocer los mecanismos neurobiológicos, las características de la abstinencia y las principales características del estilo de la atención en adicciones.
- Incorporar la consejería práctica para la etapa de acción de la cesación.
- Sensibilizarse sobre los fundamentos para el uso de fármacos de cesación y conocer los mecanismos de acciones, efectos, indicaciones y precauciones es al prescribir los tratamientos.
- Identificar los tratamientos sin validez científica.

1. Aspectos generales, neurobiológicos y DSM IV

Aspectos generales de la adicción

Es conocida la complejidad que subyace a una adicción. De modo simplificado, dentro de sus muchos componentes, pueden identificarse principalmente tres:

- **Físico:** la adicción es mediada por una sustancia que produce una dependencia (nicotina);
- **Psicológico:** el consumo se relaciona necesidad de apoyo para transitar/aliviar las tensiones, ansiedad, manipulación, búsqueda de placer, entre otros;
- **Social:** el deseo de fumar puede incrementarse en las reuniones sociales, o contenerse ante una prohibición, es decir, fluctúa de acuerdo al contenido social.

Estos componentes se articulan e interrelacionan.

Aspectos neurobiológicos de la adicción

La nicotina del cigarrillo actúa a nivel neurobiológico. Manejar la siguiente información resulta útil para comprender el proceso de cesación tabáquica:

- La nicotina es una droga altamente adictiva, incluso más que la cocaína y la heroína.
- Con cada inhalación del cigarrillo, la nicotina llega al cerebro en pocos segundos y como es una droga de vida media corta, su poder adictivo es muy alto.
- El cigarrillo actúa en los receptores de acetilcolina (nicotínicos) a nivel del núcleo accumbens en el Área Tegmental Ventral (y de gran parte del organismo), a partir de lo cual se liberan otros neurotransmisores entre los que se destaca la Dopamina. La Dopamina es un neurotransmisor que se relaciona con el bienestar y el núcleo accumbens es el centro de la gratificación.
- La nicotina es una droga psicoactiva, que no calma la ansiedad; la sensación de placer experimentada tiene que ver con una usurpación del circuito de la recompensa, que se ve activado con la droga, aunque sea con una sola pitada.

Síndrome de Abstinencia

Se trata de una variedad de síntomas muy molestos que aparecen por la supresión brusca de la nicotina, que interfieren en la vida personal y social, por lo cual el fumador tiene la tentación de solucionarlos rápidamente encendiendo un cigarrillo nuevamente. Se caracteriza por:

- **Deseo irrefrenable de fumar, llamado craving.** Esta necesidad dura pocos minutos pero prácticamente garantiza que, si la persona dispone de cigarrillos, vuelva a fumar. Por este motivo es importante que no los tenga consigo a partir del momento en que plantea la fecha de abandono.
- **Tensión, irritabilidad.** La persona que deja de fumar suele tornarse poco tolerante y es relevante que quienes acompañen este proceso sean comprensivos.
- **Dolor de cabeza.**
- **Dificultad para concentrarse.**
- **Somnolencia o insomnio.**
- **Aumento del apetito y potencial aumento de peso.** Se trata del aspecto más prolongado de la abstinencia. Por eso es necesario prestarle mucha atención e implementar cambios en el estilo de vida: mantener una buena alimentación y realizar actividad física, para evitar alteraciones en el peso.
- **Temblor.**

Aspectos psicológicos de la adicción

(DSM IV- Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría)

- **La dependencia** es un patrón maladaptativo -manera perjudicial o dañina de responder a los estímulos y desafíos del ambiente- de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, en algún momento de un período continuo de doce meses, expresado por tres o más de los items siguientes.
- **Toda adicción desarrolla tolerancia**, que es la necesidad de consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto, o pérdida de efecto con la misma dosis. Por ejemplo, los fumadores refieren que de un atado sólo le otorgan placer 3 o 4 cigarrillos. El más necesario es el primero del día, que en muchos casos es al levantarse y los más placenteros suelen ser los posteriores a cada comida. Es decir, no todos los cigarrillos consumidos producen algún tipo de efecto placentero.
- **Las personas suelen seguir consumiendo tabaco a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia exacerba**, lo que es parte de la definición de adicción. Por lo tanto, no es sorprendente que una persona continúe fumando a pesar de conocer los daños que el cigarrillo produce. Es fundamental profundizar en las estrategias motivacionales que veremos más adelante.
- **Abstinencia.** Hace referencia a los síntomas que siguen a la privación brusca del consumo (irritabilidad, insomnio, etc).
- La sustancia se consume en **cantidades mayores o durante un período más prolongado** de lo que originalmente se pretendía. Por ejemplo, un fumador de 40 años de edad, es un adulto joven y ya lleva 20 años de consumo.
- Existe un **deseo persistente** o se realizan **esfuerzos infructuosos** por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. Esto se evidencia, por ejemplo cada lunes en que se plantea dejar de fumar al mismo tiempo que prende un cigarrillo. Además se requieren varios intentos serios de cesación hasta que se pueda dejar definitivamente.
- **Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o el consumo de la sustancia.** Así el fumador no duda en desplazarse largas distancias para comprar cigarrillos, o en vestirse a la noche para salir a comprarlos, o almacena cartones, o bien fuma un cigarrillo tras otro antes de ingresar a reuniones en donde no puede fumar.
- Por último, en toda dependencia se observa **un intento por disminuir el consumo que no resulta efectivo**, o bien se consume más de lo que se quisiera (le gustaría fumar sólo pocos cigarrillos) y se deja de hacer actividades importantes debido al consumo (dejar de jugar con los hijos para salir a fumar).

ACTIVIDAD

Pregunten a personas que fuman y que alguna vez intentaron dejar, ¿cuáles fueron los síntomas molestos que aparecieron con la abstinencia?

1.1. Evaluación de la dependencia física

Una opción práctica ya validada es identificar el nivel de adicción de la persona realizando un test específico. Un puntaje alto de este cuestionario se corresponde con una mayor dificultad de dejar de fumar y con una mayor frecuencia de recaída.

Test de Dependencia Física o Test de Fagerström (en su segunda versión)

Consiste en seis preguntas, cada una de las cuales tiene un puntaje y cuya suma final, brinda información acerca del grado de dependencia física (ver versión breve de la GPC).

1. ¿Cuánto tiempo tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?
2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesia, biblioteca, cine, etcétera?
3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
5. ¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas después de levantarse, que durante el resto del día?
6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

Todas estas pautas con un puntaje respectivo proporcionan información que permite orientar la decisión acerca de la necesidad de ayuda farmacológica a la hora de dejar de fumar.

1.2. Cálculo de la carga tabáquica

El cálculo de la carga tabáquica consiste en una estimación de la relación dosis respuesta, es decir una ponderación de lo fumado, para correlacionarlo con el riesgo de desarrollar enfermedades vinculadas con el consumo de tabaco.

Un paquete/año equivale a 365 atados de 20 cigarrillos fumados por lo que, la carga tabáquica se calcula con la cantidad de paquetes fumados por día multiplicado por los años de fumador.

Ejemplo de su utilidad: en fumadores o ex fumadores ante la historia de haber fumado 20 cigarrillos

diarios durante 40 años o su equivalente (40 paquetes/año), la GPC Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC recomienda fuertemente realizar una espirometría, en estos casos con o sin síntomas respiratorios, ya que podrían estar normalizándolos o acostumbrándose a los mismos.

IMPORTANTE

Ponemos a disposición un curso sobre realización e interpretación de espirometrías. El mismo fue elaborado por el Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias Crónicas, es de carácter gratuito, autoadministrado y de inscripción abierta en forma permanente en el campus de la OPS, Campus Virtual de la Salud Pública (Argentina), disponible en <http://cursospaises.campusvirtualsp.org/>

2. El estilo de la atención: la entrevista motivacional

Se recomienda al equipo de salud utilizar la **entrevista motivacional** como estilo de atención, tanto para estimular el abandono del tabaquismo como durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta el número de intentos de abandono así como la tasa de cesación.

- ✿ La entrevista motivacional es un método de asesoramiento dirigido y centrado en la persona. Su objetivo es incrementar la motivación y facilitar el cambio para modificar ciertas conductas o hábitos inadecuados para la salud. Se centra en el manejo de la ambivalencia, un aspecto que estará presente durante todo el proceso de cesación y que puede ser definido como un sentimiento de atracción y rechazo al mismo tiempo hacia el mismo objeto.

En el caso del abandono del cigarrillo, la persona considera la posibilidad de dejar de fumar pero prevalece el deseo de seguir fumando. El desafío es trabajar esta ambivalencia junto con la persona, explorarla y tratar de resolverla. Nuestra tarea es ayudar a que se haga manifiesta pero su resolución queda en manos de quien consulta.

La mera información o transmisión de datos no alcanza para que la persona inicie un proceso de cambio. Es fundamental ayudarla a que encuentre sus propias razones para dejar de fumar. Por lo que sugerimos la entrevista motivacional como un estilo de comunicación. La tarea del profesional es aconsejar y motivar para aumentar la probabilidad de que la persona siga las acciones para el cambio.

- ✿ Es importante tener en cuenta que la motivación es dinámica y fluctuante. No es un rasgo de la personalidad, algo que se tiene o no se tiene, sino una característica que va a estar presente, de diversas maneras a lo largo de todo el proceso, con mayor o menor fuerza, según los diferentes momentos.

El desafío, como equipo de salud, es evaluar el grado de motivación que tiene la persona y contribuir a incrementarlo. O sea, la intención es medir el grado de motivación, a través de técnicas como el balance decisional –ver más abajo-, pero ir incluso más allá: contribuir a que esa motivación aumente.

El **balance decisional** consiste en identificar los pro y los contra de dejar de fumar. Se puede hacer en conjunto con la persona, utilizando una hoja para que anote los beneficios y los inconvenientes o amenazas que le representa dejar de fumar. La intención es identificar qué es lo que más peso tiene para la persona que fuma.

EJEMPLOS REALES... (escuchados en las consultas):

“Estoy harta de tener gusto a cenicero pero no sé si quiero dejar...”

“Quiero dejar de fumar para poder elegir libremente donde quiero estar y no estar, sin estar condicionado por la necesidad de tener que salir a fumar afuera, pero me gusta...”

Si el mayor peso estuviera puesto en las dificultades o amenazas, entendemos que no existe suficiente motivación para dejar de fumar. Entonces, habrá que decidir qué tipo de información brindar y/o que estrategia utilizar para contribuir a que la persona pueda invertir la balanza. En cualquier caso, no se trata de empujar a la persona a la acción, a través de la insistencia o el convencimiento, ya que esto puede resultar contraproducente.

Para aumentar la motivación de la persona en pos de lograr un cambio, es necesario poner en práctica ciertas **habilidades comunicacionales**. A continuación analizaremos algunas de ellas.

2.1. Elementos claves de la entrevista motivacional

La entrevista motivacional tiene una serie de elementos claves que sirven para ayudar a incrementar la motivación y/o el deseo de cambiar. Los principales son los siguientes:

- a. Expresar empatía.**
- b. Utilizar la escucha reflexiva y las preguntas abiertas.**
- c. Favorecer las afirmaciones automotivadoras y la autoeficacia.**
- d. Explicitar la discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que se quieren conseguir.**
- e. Evitar la discusión y la confrontación.**

A continuación, nos detendremos en cada uno de estos aspectos.

a. Expresar empatía

La **empatía** puede definirse como la capacidad de ponerse en el lugar del otro -identificación mental y afectiva-. Se trata de **comprender los sentimientos, motivos y perspectivas de los fumadores sin juzgar, criticar o culpabilizar**. El equipo de salud debe comprender y transmitir que la ambivalencia es normal. Esto implica renunciar a un posicionamiento de “experto” de quien habla en nombre “del saber” y, en consecuencia, deja a la persona en un rol pasivo, restringido a cumplir las órdenes de un profesional. Esta actitud acota la libertad de la persona de elegir, tomar decisiones, así como su motivación para dejar de fumar. Es importante recordar que aceptar las dificultades de una persona, no significa estar totalmente de acuerdo con ella.

Es importante que la **consulta** se transforme en un **espacio de confianza** en el que se puedan expresar sentimientos, emociones, compartir experiencias y que la persona se sienta escuchada. Podemos considerar dentro de la empatía la aceptación del otro tal cual es y suponer que cada uno tiene sus propias razones para dejar de fumar. Entonces, en algunos casos la motivación para dejar de fumar podrá ser mejorar la voz, en otros sentirse más independiente así como evitar conflictos sociales por fumar, no sentirse dominado por una adicción, entre otros. **Es importante ayudar a que cada uno encuentre sus propias razones.**

EJEMPLOS REALES... (escuchados en las consultas):

“Quiero dejar de fumar pero no por miedo a la muerte sino porque quiero poder estar más tiempo jugando con mis nietos sin llenarlos de humo”.

“Dejar de fumar es más que dejar de hacer algo. Es empezar a hacer un montón de cosas que actualmente el cigarrillo sustituye”.

“Quiero dejar de fumar porque quiero dejar de parecerme a las hermanas de Marge Simpson”.

b. Utilizar la escucha reflexiva y las preguntas abiertas

Se trata de intentar comprender y deducir lo que la persona quiere decir para devolvérselo por medio de afirmaciones. Ayuda a demostrar que entendemos y escuchamos al otro. Podemos servirnos de algunas técnicas que deben mantenerse aún cuando la persona se muestre resistente a lo que nosotros le informamos o aconsejamos.

Estas técnicas son, por ejemplo, repetir las mismas palabras que dice la persona, resumir los puntos más importantes al final de cada entrevista, parafrasear –decir lo mismo con otras palabras–, recuperar alguna cuestión significativa que la persona ha traído y que tal vez, en el desarrollo de su relato, pasa inadvertida. Nosotros como equipo de salud, debemos estar atentos a estas cuestiones, señalando su importancia para evitar que se pierdan en la entrevista.

ACTIVIDAD

La médica que interviene afirma: "...Ya me comentó que quiere dejar de fumar porque tuvo una neumonía. Pero le quisiera volver a preguntar ¿por/para qué quiere dejar de fumar?..."

Marque qué recursos de la entrevista motivacional se usaron en esta breve intervención:

- a. Favorecer las afirmaciones automotivadoras y la autoeficacia.
- b. Explicitar la discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que se quieren conseguir.
- c. Expresar empatía.
- d. Utilizar la escucha reflexiva y las preguntas abiertas.
- e. Evitar la discusión y la confrontación.

Y entonces, la persona que le consulta le agregó que ya no aguantaba las molestias que le generaba a su familia el humo del cigarrillo, y que lo que gastaba en cigarrillos no tenía sentido.

Todas las motivaciones fortalecen el proceso de dejar de fumar.

Los silencios también son importantes, muchas veces podemos decir más con un silencio que llenando todo con palabras. Podemos servirnos de **preguntas abiertas** que facilitan el despliegue de la palabra del otro. Se trata de aquellas que no tienen como respuesta un sí o un no, sino que permiten que se diga mucho más. A partir de las respuestas a este tipo de preguntas podemos explorar la ambivalencia, preguntar acerca de los beneficios y las preocupaciones en relación con la posibilidad de dejar de fumar e indagar sobre la importancia que tiene para la persona el consumo de tabaco. A modo de ejemplo, las preguntas pueden ser:

- ¿Qué cree obtener del cigarrillo?
- ¿Qué cosas le gustan y cuáles le desagradan del hecho de fumar?
- ¿Qué se imagina que ocurrirá si deja de fumar?
- ¿Qué le da miedo al imaginarse sin fumar?

Si ya tuvo intentos previamente:

- ¿Qué recuerda como positivo de los intentos previos?
- ¿Qué recuerda como negativo de los intentos previos?
- ¿Por qué cree que no pudo sostenerlo?

Estas preguntas nos sirven para ubicarnos en la situación de cada persona desde las primeras consultas. Podemos ver el grado de motivación, la ambivalencia y con estos datos organizar las futuras intervenciones. Si bien las mismas aportan información valiosa en un comienzo, pueden ser utilizadas en cualquier momento del proceso con el fin de exponer -y ayudar a resolver- la ambivalencia.

ACTIVIDAD

Reflexionen sobre la calidad de su escucha y su empatía en la atención de la salud:

¿Hay algo que creen que podrían mejorar o algo que quisieran modificar? Ejemplos:

- Tener frases hechas en su modo de explicarle los conceptos a las personas, que puedan ser revisadas, reformuladas, mejoradas.
- Tender a explicar posicionándose como experto-paciente;
- Interrumpir con frecuencia o terminar las frases del interlocutor.

c. Favorecer las afirmaciones automotivadoras y la autoeficacia

Se trata de trabajar en la confianza que tiene una persona cerca de su propia habilidad para hacer frente a una tarea o desafío. No es posible motivar a quien no tiene claro cuál será el beneficio de dejar de fumar o si desconoce que tiene la chance real de hacerlo. Es necesario manifestar nuestra propia confianza en la posibilidad de éxito, ya que esto aumenta la sensación de autoeficacia de la persona. De este modo se fomenta el compromiso para el cambio, dejando claro que existen tratamientos efectivos para dejar de fumar.

También es importante repasar la experiencia y los logros en los intentos pasados de dejar de fumar, para utilizarlos como base de aprendizaje para el intento actual. Además, se puede remarcar otros aspectos en los que ha tenido éxito (como dejar de tomar alcohol, bajar de peso, hacer actividad física, etc.) para reforzar su sentimiento de autoeficacia.

Es importante establecer metas mínimas, esto es, un cambio lo suficientemente importante, pero realizable y factible de ser alcanzado por la persona. Por ejemplo: bajar la cantidad de cigarrillos a partir de salir a fumar afuera o por el hecho de anotar en una planilla cada cigarrillo que prende. Es bueno señalar que si le es posible realizar estos pequeños cambios, a medida que pase el tiempo, podrá alcanzar cambios más grandes y, finalmente, logrará su objetivo último que es dejar de fumar.

d. Explicitar la discrepancia entre la conducta actual y los objetivos que se quieren conseguir

Explicitar la discrepancia, ayuda a tomar conciencia de las consecuencias del fumar y su discordancia con lo deseado en muchos órdenes de la vida. Por ejemplo, alguien puede valorar la calidad de vida y al mismo tiempo fumar, siendo que el cigarrillo es una amenaza para ello. En todos los casos, se recomienda brindar información teniendo en cuenta las necesidades de cada persona. A partir de la formulación de preguntas abiertas, se sugiere identificar cuál es la necesidad de información de quien consulta, teniendo en cuenta que nuestro propósito es que queden en evidencia cuáles son las contradicciones que existen entre este hábito de fumar y algunos otros objetivos que la persona tiene en su vida, según su relato (por ejemplo, salir a correr todas las mañanas y al mismo tiempo fumar).

Reflejar las contradicciones, contribuye a motivar a la persona para seguir adelante con su intento de abandonar el consumo de tabaco.

EJEMPLOS REALES

La odontóloga le planteó a través de una pregunta abierta, a quien estaba atendiendo, la discrepancia entre hacerse una limpieza dental y seguir fumando.

La enfermera identificó a un fumador mientras le controlaba la presión arterial, y le preguntó: "...¿vió las imágenes que ponen en el atado?...", sin argumentar continuó la charla y finalizó de este modo: "...anítese y llame al número que figura allí..."

El psicólogo le planteó a una persona que acudió a la consulta el hecho de fumar, y respondió: "...De algo hay que morir...". El terapeuta le devolvió una pregunta abierta: "...¿Por qué relacionó el fumar con la muerte?..."

e. Evitar la discusión y la confrontación

Muchas veces el equipo de salud se ve tentado a contrargumentar cuando la persona se expresa a favor de seguir fumando o manifiesta su imposibilidad de dejar de fumar. **Esgrimir argumentos contrarios a las ideas u opiniones del fumador, ha demostrado no ser efectivo, en tanto favorece la generación de actitudes de resistencia.** Por el contrario, como hemos venido señalando, el desafío es no transmitir la impresión de tener respuestas para todo, lo cual ubica al otro en un rol pasivo y puede contribuir con la sensación de no sentirse comprendido. La persona debe ser el actor principal del proceso.

En tanto el foco esté puesto en aquello que el fumador necesita, es conveniente preguntar más y explicar menos. Las preguntas ayudan a explicitar la ambivalencia a que la misma persona que fuma se plantee resolverla a favor del cambio en pos de una conducta saludable. Es necesario expresar los beneficios brindando información acorde con los intereses y necesidades de la persona.

Podemos evaluar la necesidad de información de la persona a través de preguntas abiertas como las siguientes:

- ¿Qué beneficios cree que obtendría por dejar de fumar?
- ¿Conoce la enorme reducción de riesgos a corto, mediano y largo plazo?
- ¿Qué sabe de la abstinencia por la suspensión de la nicotina?
- ¿Qué dificultades le supone el tratamiento?

✿ Al conocer cuáles son las creencias de las personas, se pueden ir derribando algunos mitos sin atacar en forma directa sus argumentos.

Al respecto, vale el siguiente ejemplo: un fumador comentó: "...Un amigo dejó de fumar y se le despertó un cáncer de pulmón, por eso yo tengo miedo de dejar de fumar...". Esto le permitió al agente sanitario compartir cuáles son los beneficios de dejar de fumar a corto, mediano y largo plazo. También es recomendable repasar la información sobre los beneficios de dejar de fumar.


En resumen, los principios y características más importantes de la entrevista motivacional son los siguientes:

- La motivación es fluctuante, dinámica y sensible al estilo del profesional de la salud que está interviniendo.
- Las percepciones pueden modificarse creando un nuevo momento de cambio.
- Es importante evitar el estilo confrontativo, lo cual resulta más efectivo que intentar convencer a través de la argumentación o contraargumentación. La persona debe saber que tiene el derecho a elegir este cambio.
- Dar órdenes, indicaciones o poner “etiquetas” no suele colaborar con el proceso de cambio.
- Plantear una relación de “experto” y “paciente” no favorece la alianza terapéutica.
- Imponer puntos de vista resulta menos eficaz que sugerirlos y puede favorecer la resistencia.

3. Aspectos específicos del tratamiento de cesación

3.1. Consejería práctica para la etapa de acción

La **consejería se aplica a las personas que ya están listas para dejar de fumar**, es decir, va a ser implementada en el momento de la acción –en la etapa de cambio en que la persona trabaja efectivamente para dejar de fumar-. En este período la persona se ve confrontada con la abstinencia y con las posibilidades de recaída. Del mismo modo, las estrategias de consejería pueden ser de gran utilidad en las etapas de mantenimiento.

 Podemos definir la consejería como una guía para el asesoramiento práctico con el que se entrena a las personas con el fin de identificar y afrontar los problemas o las situaciones que pueden llevar a la recaída.

Como parte de estas estrategias para la modificación del comportamiento, se sugiere utilizar algunas intervenciones de eficacia demostrada. Las mismas se relacionan con:

- El desarrollo de habilidades y resolución de problemas, principalmente el manejo de los estímulos gatillo (ver en qué consisten en la página 75).
- El acompañamiento y el apoyo brindado por parte del equipo de salud.
- El apoyo social y familiar.

Podemos pensar el **desarrollo de habilidades y resolución de problemas** como un conjunto de intervenciones dirigidas a ayudar a que la persona aprenda a identificar, afrontar y reducir los estímulos gatillo del deseo de fumar.

- ✿ Reciben el nombre de **gatillo** los estímulos-situaciones, emociones, lugares - que disparan las ganas de fumar. Ejemplos de momentos de tensión:
 - “Mi hijo está rindiendo materias y si no aprueba repite”.
 - “Estoy en época de exámenes finales en la facultad”.
 - “Me mudo a fin de mes”.
 - “Tengo un problema familiar”.

Como primer paso debemos identificar las **situaciones de riesgo** en las que la personas pueden llegar a verse compelidas a fumar. Fundamentalmente, se trata de estados de ánimo y de determinadas situaciones como estar con otros fumadores, tomar alcohol, café o bebidas estimulantes que generen deseos de fumar, situaciones de estrés o de tristeza. Los facilitadores de consumo pueden funcionar como gatillo, es decir, tener cigarrillos en la casa, vincularse con gente que fuma y estar en lugares que están fuertemente asociados al fumar (casinos por ejemplo).

Una vez identificadas estas situaciones de riesgo, es posible anticiparlas y evitarlas. Este es un trabajo a realizar conjuntamente con la persona, mediante la ayuda de diferentes herramientas, como por ejemplo las planillas de consumo diario de cigarrillos.

Otras formas de evitar situaciones de riesgos son, por ejemplo, recomendar al fumador que comunique a otras personas que fuman -con los que suele estar- que por un tiempo evitará reuniones con ellos o bien solicitar que estas sean en ambientes libres de humo; que no le conviden ni le pidan que sostenga cigarrillos -o que vaya a comprarlos-; evitar el alcohol y el café, así como bebidas cola que contienen cafeína. Es de gran ayuda fomentar el hecho de no fumar dentro de los ambientes cerrados.

También podemos planificar conjuntamente **estrategias sustitutivas**, es decir, generar acciones que sustituyan el fumar. Por ejemplo, sugerir a la persona que cuando aparecen las ganas de fumar salga a caminar, tome agua u otras bebidas frescas, se lave los dientes, mastique chicles o caramelos sin azúcar, o bien llame a alguien por teléfono.

- ✿ **Es importante remarcar que la urgencia por fumar cede al cabo de 2 a 3 minutos y que no tener cigarrillos consigo es clave para atravesar este momento.**

Resulta igualmente importante introducir estrategias conductuales para el manejo del estrés. Por ejemplo, distraer la atención, hacer algo placentero, bañarse, escuchar música, utilizar técnicas de relajación o leer. Suele ser de utilidad practicar respiraciones profundas y lentas que facilitan la relajación.

- ✿ **Las ganas de fumar se van...sin fumar.**

Por otra parte, agregar actividad física en la rutina ayuda a bajar la ansiedad. Si la persona no puede salir a caminar o a hacer una actividad en un gimnasio o un deporte, se puede recomendar que utilice las escaleras, que baje algunas paradas antes del colectivo para caminar un poco más, etc. De esta manera se logran cambios en el estilo de vida que reducen el nivel de estrés.

Es fundamental brindar información útil sobre la naturaleza de la adicción y sobre los síntomas que aparecen con la **abstinencia**. Si la persona tiene conocimientos de estos síntomas (y si los transmite a las personas cercanas) y entiende de qué se trata una adicción, cuenta con más elementos para saber cómo manejarse. Los síntomas de abstinencia más frecuentes son alteraciones en el humor, aumento del apetito, alteraciones en el sueño, temblor y cefaleas, entre otros.

EJEMPLOS REALES... (escuchados en las consultas):

“Desde que no fumo tengo necesidad de comer algo dulce”.

“Ahora que no fumo hablo más”.

“En mi casa que me insistieron para que dejara, ahora no aguantan mi irritabilidad y me ofrecen ir al quiosco y traerme cigarrillos”.

Con frecuencia, la persona que fuma se pone a sí mismo pequeñas pruebas -como dar una pitada para comprobar si le da rechazo- creyendo que una sola pitada no le va a hacer daño y que le calmará la ansiedad. Es necesario hacer hincapié en que esto puede ser grave, e incluso, desencadenar una recaída.



Es imprescindible alertar a la persona que una pitada solamente es suficiente para volver a empezar a fumar.

Otra de las intervenciones posibles dentro de la consejería es **brindar acompañamiento y apoyo**. Así, el propósito es continuar motivando a la persona, ofreciendo ayuda en forma directa y mostrándose abiertos a las expresiones de dudas, sentimientos y temores.

Nuestra tarea, como miembros del equipo de salud, es favorecer la elaboración del proceso de abandono, acompañando y promoviendo la reflexión sobre las razones y los motivos que la persona tiene para dejar de fumar, así como sobre sus preocupaciones y dudas.

Nuestro objetivo será también **transmitirle confianza en su capacidad de lograrlo**, indicar que existe el tratamiento efectivo y que es posible dejar de fumar, ya que mucha gente, en todo el mundo, lo ha conseguido.

Una tercera intervención de mucha importancia es el **apoyo social**. Es fundamental identificar quiénes son las personas que pueden acompañar al fumador en este proceso, comunicarles el plan de acción, cuáles son los síntomas de la abstinencia y solicitar su ayuda explícitamente: esto es que tengan paciencia ante sus posibles cambios en el humor -que son transitorios-, si hay fumadores en la casa pedirles que no fumen en el interior -tampoco deben hacerlo las visitas-, que traten de no fumar delante de la persona que quiere dejar de hacerlo, que no le ofrezcan cigarrillos, etc. También se puede invitar a personas de su red de contención a sesiones para dejar de fumar.

ACTIVIDAD


Investiguen los distintos tipos de manuales de autoayuda o de información sobre consejería práctica para la cesación que se encuentran disponibles.

Pregunten a las personas que fuman si alguna vez llamaron a la línea de ayuda 0800 999 3040.

Aconsejen a las personas que fuman realizar un llamado a esta línea.

3.2. Seguimiento

Es fundamental que apenas la persona deja de fumar consulte con regularidad, pues es el período donde se manifiesta fuertemente el síndrome de abstinencia y hay mayor riesgo de recaída.

 Los objetivos del seguimiento son: abordar los síntomas de la abstinencia y trabajar las posibles recaídas (situaciones de riesgo).

Una vez más, el recurso privilegiado es la formulación de preguntas abiertas orientadas a facilitar la expresión de aspectos relevantes del abandono del cigarrillo. Estos aspectos pueden ser planteados como beneficios para la salud y el bienestar, la independencia lograda a partir de no fumar, así como aspectos económicos y sociales que hacen que la persona aumente su bienestar. Asimismo, se sugiere destacar la posibilidad de sobrellevar la abstinencia, la ventaja de haberse manejado adecuadamente, haber pedido ayuda, haber aprendido de la experiencia, de situaciones que han ocurrido en el proceso y la creatividad para vencer los síntomas que aparecen con la abstinencia.

Los aspectos negativos a trabajar tienen que ver con la abstinencia en sí o la falta de soporte social: cambios en el estado de ánimo, aumento de peso, convivencia con fumadores y coincidencia con eventos estresantes. Es fundamental comprobar el uso correcto de la medicación, que no siempre es necesaria. En caso de estar tomando medicación es preciso revisar dosis, horario, como así también efectos adversos.

Muchas veces es útil comentar los problemas que enfrentan los ex fumadores, como los cambios en el estado de ánimo o el hecho de que la familia prefiera que siga fumando, antes de tolerar los estados emocionales como irritabilidad, ansiedad, entre otros síntomas que aparecen con la abstinencia. Otro problema puede ser la necesidad de manejarse en lugares donde toda la gente fuma y que esta sea una situación gatillo que no pueda evitarse.

Es posible programar visitas o llamadas telefónicas de seguimiento (o mensajes de texto), alentar a que la persona llame a la línea telefónica de ayuda (0800-999-3040), colaborar para que identifique el apoyo en su entorno y, en caso de que fuese necesario, derivarla a asesoramiento intensivo individual o grupal.

En cuanto a los **síntomas de la abstinencia, es necesario poder identificarlos para poder manejarlos**. Para eso, es vital brindar la información adecuada y anticipar que el malestar va a durar un tiempo acotado, que será de aproximadamente un mes, desde el momento en que la persona deja de fumar.

De todos modos, la duración es variable y el objetivo es lograr tranquilizar a la persona frente a síntomas prolongados. Eventualmente se puede, además, extender el uso de fármacos e intensificar las estrategias conductuales.

✿ Los cambios que se dan en el cuerpo ocurren por la deshabitación que está experimentando al desintoxicarse de nicotina por eso, hay que intensificar la consejería y las estrategias farmacológicas, para evitar las situaciones gatillo o encontrar acciones sustitutivas.

Una consecuencia temida por las personas que quieren dejar de fumar, o que lo están intentando, es la **ganancia de peso**. Frente al hecho de abandonar una adicción tan nociva, la importancia de aumentar de peso es relativa. El acompañamiento en este caso, puede hacerse suministrando un listado de alimentos que sean bajos en azúcares y en grasas (el consumo de verduras y frutas no gatilla el deseo de fumar y previene el aumento de peso), fomentar la actividad física y si la persona manifiesta mucha preocupación al respecto derivarla a un nutricionista.

✿ Las recaídas puntuales o deslices pueden ser consideradas como parte del proceso de dejar de fumar.

Ante una recaída lo primero que debemos hacer es reconocer cuál fue la causa. Por ejemplo, si está relacionada con un estado de ánimo, con un momento particular del día, con una situación en la cual la persona solía fumar. Es importante conversar acerca de cómo obtuvo los cigarrillos (si había guardado alguno, compró o pidió, o le ofrecieron). A partir de este suceso, es conveniente **reforzar el plan de acción**, repasando las estrategias definidas, tanto para evitar las situaciones gatillo como para sustituir esas ganas de fumar por alguna otra acción.

El desafío es animar a la persona a retomar el objetivo de **abstinencia completa**. Una posibilidad es ofrecer una derivación a **tratamiento intensivo**, transmitir tranquilidad a la persona, afirmando que es frecuente que ocurra un “desliz”, incluso en procesos exitosos e invitarla a tomarlo como aprendizaje y preparación para el siguiente intento. El próximo paso será entonces, elegir nuevamente un “Día D”; si fuese necesario, hacerlo con pequeños pasos, comunicar a los demás nuevamente la decisión de dejar de fumar y tener confianza en que va a ser posible lograrlo.

4. Tratamiento con fármacos

¿Por qué utilizar fármacos en un tratamiento de cesación tabáquica?

Indicamos un **tratamiento farmacológico** para ayudar a una persona a dejar de fumar, en tanto una de las razones por las cuales la persona fuma es la **adicción física a la nicotina**. Los fármacos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de esta adicción, logrando compensar los síntomas de abstinencia que son los principales responsables del fracaso de las personas en el intento de dejar de fumar.

Un tratamiento farmacológico no puede sustituir la decisión de dejar de fumar.

Los tratamientos farmacológicos son más efectivos cuando se complementan con otros que aborden el aspecto no farmacológico: la modificación conductual. No es conveniente indicar un tratamiento farmacológico si una persona no ha tomado la decisión de dejar de fumar y tampoco hacerlo de forma aislada.

4.1. Fundamentos para el uso e indicaciones del tratamiento farmacológico

En este apartado, consideraremos la importancia de la farmacoterapia en la cesación tabáquica y describiremos tratamientos como la Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN), el bupropión, la vareniclina como así otros tratamientos que no son recomendados por no contar con suficiente respaldo científico.

Las personas que hacen intentos de dejar de fumar de manera espontánea y sin apoyo farmacológico recaen, en la mayoría de los casos, antes de un año de lograr la cesación. Esta es la principal causa de indicación de tratamiento farmacológico.

La gran mayoría de estos fracasos se producen en la primera semana del intento de dejar de fumar y la mayor parte de los que perseveran tienen dificultades para no recaer durante el primer mes. Pasado un año sólo entre 3% y 5% de las personas pueden mantenerse sin fumar.

La terapia farmacológica permite controlar y compensar la aparición de los síntomas de abstinencia: irritación, insomnio, ganas incontrolables de fumar, otros. Por lo que utilizar las dos estrategias conjuntas aumenta cerca de un 40% las posibilidades de cesación, comparada con el uso de medicación sola y se acerca a duplicar las posibilidades de éxito comparada con el uso de consejería aislado.

No obstante es importante considerar que **la farmacoterapia no se utiliza universalmente en todos los casos**. La GPC recomienda que no se utilice el tratamiento farmacológico de manera sistemática en aquellos fumadores de menos de 10 cigarrillos por día, dado que la adicción física en este grupo de personas no es tan fuerte.

Tampoco se indican de modo habitual en los adolescentes, porque se carece de suficiente evidencia, y en las embarazadas debido a que existen contraindicaciones. En este último grupo, los tratamientos –nicotina de reemplazo- siempre deben utilizarse con precaución y con consentimiento informado. Sin embargo, en todos estos grupos, existe la posibilidad de indicarlo si el tratamiento de modificación comportamental por sí solo no ha logrado ser efectivo.

4.2. Opciones farmacológicas disponibles y mecanismo de acción

En el tratamiento farmacológico existen medicaciones llamadas de **primera línea** -inicial o de elección en la mayoría de los casos-, otras de **segunda línea** - mayor perfil de efectos adversos- y aquellas que se encuentran en una posición intermedia entre ambas. Veamos cada una de ellas:

Primera línea

Se refiere a los tratamientos validados y ampliamente probados por estar disponibles desde hace mucho tiempo en el mercado. Incluyen:

Terapia de **reemplazo nicotínico** en varias formas de presentación:

- Parches
- Chicles
- Comprimidos dispersables
- Spray nasal
- Bupropión

Opcion intermedia

- Vareniclina

Segunda línea

Se trata de los fármacos reservados en caso de fracasos de los tratamientos de primera línea. Esto puede suceder porque la persona tiene contraindicaciones para utilizar cualquiera de los demás tratamientos o bien porque no ha tenido éxito con el uso de todas las opciones previas.

- Clonidina
- Nortriptilina

Estos medicamentos, si bien son efectivos para dejar de fumar, presentan diferentes tipos de dificultades, razón por la cual son considerados de segunda línea. Algunas de estas dificultades están relacionadas con la disponibilidad y obtención en el mercado. Por otra parte, tienen efectos secundarios, que no siempre son bien tolerados.

4.2.1. Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN)

Las Terapias de Reemplazo Nicotínico se presentan de diversas maneras, según detallamos a continuación:

- **Parches**
- **Chicles**
- **Comprimidos dispersables**
- **Spray nasal**

La abstinencia se produce por una falta aguda de nicotina en el sistema nervioso central. Estas terapias permiten reemplazar esa nicotina faltante, de manera segura, desde el punto de vista de la salud y brindar una sensación de confort para que la persona pueda, en un primer momento, desprenderse del cigarrillo y, posteriormente, de la nicotina.


La **farmacocinética** de estos productos varía en cada uno de ellos. Generalmente, el tratamiento con nicotina (TRN) se inicia en el día fijado para dejar de fumar, **el “Día D”**, de manera que no se superponga la nicotina que el fumador obtiene de los cigarrillos con la nicotina que va a obtener de los productos farmacéuticos.

Un aspecto importante a resaltar es que la **TRN no proporciona la nicotina de la misma manera que el cigarrillo**. El cigarrillo provee una cantidad de nicotina que aumenta súbitamente en el torrente circulatorio y en el sistema nervioso central con cada inhalación (pico); y los productos que dan nicotina proporcionan niveles más bajos en el organismo, que no suben tan rápido como los de un cigarrillo.

Esto tiene varias consecuencias: por un lado, la nicotina en forma farmacológica no reemplaza todos los aspectos de la adicción (manipulación, inhalación, pico), no va acompañada de miles de sustancias tóxicas; y por otro da un reemplazo parcial y controlado (alcanza menor concentración y disponibilidad).

Así, mientras que el **parche de nicotina** va aumentando la concentración de manera paulatina y se sostiene a lo largo de todo el día, los productos como el **chicle** o el **comprimido dispersable de nicotina** dan un aumento más marcado en el momento inicial, pero el tiempo que permanece la nicotina en el torrente circulatorio disminuye más rápido. El **spray nasal** obtiene un aumento inicial de nicotina (pico) más marcado todavía que el que proveen el chicle y el comprimido dispersable de nicotina. Es la forma farmacológica cuyo efecto más se parece al del cigarrillo en cuanto a la manera en que distribuye nicotina en el organismo por la misma razón. La desventaja es que existe cierta posibilidad de generar dependencia.

De todas maneras, lo importante es destacar que la nicotina que se obtiene del cigarrillo está distribuida de una manera muy distinta que la obtenida de los productos farmacológicos que podemos indicar para ayudar y, por lo tanto, no tiene la misma capacidad de producir adicción que la nicotina de los cigarrillos. Este es un mito que es necesario desarticular a la hora de iniciar un proceso de cesación.

 **La nicotina que se obtiene del cigarrillo es altamente adictiva por su alta absorción pico y se acompaña de miles de sustancias nocivas para la salud: 7.000 compuestos tóxicos. La nicotina farmacológica no tiene el mismo comportamiento, ingresa sin otras sustancias y su farmacocinética -en la mayoría de los casos- no favorece la adicción.**

Lo cierto es que la TRN aumenta significativamente las tasas de cesación y es muy segura por lo que, en general, son de venta libre. Por eso, se recomienda el uso en cualquiera de sus formas de presentación, ya que todas incrementan significativamente las tasas de cesación.

- Comparado con la no administración de productos, la TRN es de 1,5 a 2,2 veces más eficaz en lograr que una persona permanezca sin fumar durante un año.

- Su uso como medicación de venta libre, no sólo aumenta las tasas de cesación, sino que presenta amplia disponibilidad y accesibilidad. Existe la dificultad de que no siempre el producto de venta libre está asociado aun tratamiento de consejería y contención, pero de todas maneras, la forma de venta libre da una gran disponibilidad para que la gente la pueda utilizar, favorece la accesibilidad y, por consiguiente, promueve los intentos exitosos de dejar de fumar.

Orientación para la sustitución con Terapia de Reemplazo con Nicotina (como monoterapia)

Es importante recordar que los fumadores reciben grandes cantidades de nicotina de lo que fuman (1 a 2 mg de nicotina por cigarrillo). La persona que fuma unos 10 cigarrillos por día, absorbe unos 15 mg diarios de nicotina. El que fuma un atado por día absorbe 30 mg diarios. Un consumidor de 30 cigarrillos por día absorbe 45mg diarios. El reemplazo de esa nicotina, en cada caso, exige una cantidad acorde de chicles, de comprimidos o de parches.


Los efectos adversos de la Terapia de Reemplazo Nicotínico son, generalmente, leves:

- Palpitaciones y dolor torácico.
- Náuseas y vómitos.
- Molestias gastrointestinales.
- Insomnio.
- Irritación cutánea (se ve en particular con el uso de los parches).
- Dolor en la boca (en el caso de los chicles).
- Irritación nasal (en el caso del spray).

Analizaremos a continuación cada una de las terapias de reemplazo.

a. Parches de nicotina

Se trata de una de las primeras formas farmacológicas de nicotina que ha estado disponible para acompañar la decisión de dejar de fumar. Hay presentaciones de hasta 21 mg por día de nicotina. Para ser efectivos los tratamientos tienen que prolongarse durante 8 semanas.

 **Un error muy habitual de las personas que lo están logrando, es el planteo de suspender los tratamientos apenas notan que pudieron dejar de fumar.**

Es importante recordarles que las posibilidades de recaer no se limitan a la primera semana, ni al primer mes del proceso de cesación. Es por eso que el tratamiento debe prolongarse por 8 semanas. Los fumadores con alta dependencia a la nicotina pueden requerir dosis mayores de 21 mg, que es la dosis máxima que provee un solo parche, usando simultáneamente más de un parche de igual o

distinta gradación; o bien asociar otra TRN. Podrían necesitar esto quienes tienen una alta adicción:

- Fumadores de más de 20 cigarrillos por día.
- Quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse.
- Aquellos que refieren necesitar más el primer cigarrillo de la mañana.
- Quienes realizaron múltiples intentos con poco o ningún éxito.



La principal ventaja del parche es que se trata de un sustituto que genera desensibilización de los receptores nicotínicos, por lo que no genera dependencia presentando buen nivel de aceptación y uso.

La desensibilización de los receptores nicotínicos significa ir logrando que esos receptores vuelvan a su función fisiológica habitual y provoca la disminución de su número total.

Al mismo tiempo el parche es el sustituto nicotínico mejor tolerado por sus escasos efectos adversos. A su vez, favorece la adherencia al cumplimiento en dosis y tiempo de uso, porque la persona sólo debe aplicarlo una vez al día.

Se coloca desde el “Día D” por la mañana sobre la piel desprovista de pelo, limpia, seca (preferentemente en abdomen u hombros) y cada día debe rotarse el sitio de aplicación del nuevo parche para minimizar la irritación de la piel.

Transcurridas 24 horas, es necesario eliminar el parche usado para aplicar uno nuevo. En caso que a una persona se le desprenda el parche durante el día, en general, no es conveniente reemplazarlo con uno nuevo ya que la nicotina tiende a producir alteraciones del sueño o insomnio, colocarse uno nuevo puede favorecer estas alteraciones.

El parche presenta algunas **contraindicaciones** relativas: arritmias graves, arritmias inestables y, durante las 2 primeras semanas post IAM (Infarto Agudo de Miocardio).

Las presentaciones son por 21 parches, en 3 tipos de dosis, lo cual da flexibilidad para indicarlo según sea el consumo y la necesidad del fumador:

- TTS 30 cm²: que entregan 21 mg de nicotina.
- TTS 20 cm²: que entregan 14 mg de nicotina.
- TTS 10 cm²: que entregan 7 mg de nicotina.

Modo de uso

La persona debe desprender el parche que se presenta sobre papel metálico, aplicarlo sobre la piel de los hombros o abdomen (limpia y libre de vello) y dejarlo colocado durante las 24 horas. En caso de insomnio se recomienda sacarlo por la noche. Es muy importante recordar que el parche es un sistema aplicador en sí mismo, si se lo corta, se inutiliza el sistema aplicador.

Orientación para la sustitución con parches (como monoterapia)

Para un fumador de 10 cigarrillos por día habitualmente no indicaríamos nicotina de reemplazo, pero de haber decidido su uso, alcanzaría con indicar un parche de 10 cm² o uno de 20 cm². Se indicarían parches en este escenario cuando una persona refiera síntomas de abstinencia intensos y no consiga dejar de fumar sin el apoyo farmacológico. No se requiere descenso de dosis con el transcurrir de las semanas ni para finalizar.

Para un fumador de un atado por día -20 cigarrillos- podemos empezar con un parche de 30 cm², y para un fumador de 30 o 40 cigarrillos por día podríamos indicar más de uno -dos parches de 30 cm² o uno de 30 cm², junto con uno de 10 o 20 cm²-. En estos casos también puede ser aconsejable hacer una preparación antes del "Día D" con el fin de reducir y lograr que fume un máximo 20 cigarrillos sirviéndonos de estrategias conductuales como ALH, planilla, impedir o dificultar el acto de fumar al no tener los cigarrillos disponibles o a mano. Se puede ir regulando la concentración del parche según como lo viva el fumador, hasta alcanzar la situación más adecuada con menos síntomas de abstinencia.

b. Chicles de nicotina

Es otra forma farmacológica de TRN, que el fumador puede utilizar tanto según su necesidad, como en forma reglada desde el "Día D". Los chicles tienen una técnica de uso específica ("masticar y estacionar"), no se consumen igual que un chicle común, sino que el fumador debe ponerlos en la boca, empezar a masticarlos y cuando siente una sensación picante o urente en la lengua (o sabor más fuerte si el chicle es saborizado), ponerlos en el carrillo 5 a 10 minutos y esperar a que esa sensación desaparezca. Una vez desaparecido ese sabor o sensación, volver a masticarlos. Con esta técnica debe utilizar el chicle hasta que finalmente no produzca más esa sensación.

Se presentan chicles de 2 mg y 4 mg. Debe prolongarse su uso por al menos **6 semanas**, iniciándolo el "Día D". La indicación es de 2 mg para la gran mayoría de los fumadores y se utilizan los de 4 mg -eventualmente se prolonga su uso- en personas con alta dependencia. Estos serán, como vimos anteriormente, personas que fuman más de 20 cigarrillos por día, los que fuman dentro de los primeros 30 minutos del día y los que refieren necesitar más el cigarrillo de la mañana.

c. Comprimidos dispersables de nicotina

Es una presentación bastante parecida a la de los chicles, comprimidos de 2 mg y 4 mg. Se dejan disolver en la boca -no se mastican ni se tragan- hasta que el comprimido desaparece del todo (o deja un núcleo sin sabor). Se recomienda prolongar su uso durante **12 semanas**.

Se utilizan los de 4 mg -eventualmente se prolonga su uso- en personas con alta dependencia: fumadores de más de 20 cigarrillos por día, los que fuman dentro de los primeros 30 minutos del día y los que necesitan más el cigarrillo de la mañana.

Orientación para la sustitución con chicles o comprimidos (como monoterapia)

Para personas que fuman 10 cigarrillos por día se indican 4 a 6 chicles o comprimidos de 2 mg por día. Para los que fuman 20 cigarrillos por día, 8 a 10 chicles o comprimidos de 2 mg por día, o 6 a 8 de 4 mg. En el caso de los que fuman 30 cigarrillos por día, se indicarán de 10 a 12 chicles o comprimidos de 4 mg por día. El fumador recibe mucha nicotina de los cigarrillos y hay que indicar una cantidad similar de nicotina de reemplazo e insistirle en que la utilice para garantizar el éxito.

d. Spray nasal

- ✿ Este producto tiene una eficacia ligeramente superior a otras formas de terapia de reemplazo nicotínico, porque es la forma farmacológica cuya cinética es la más similar al pico de liberación de nicotina del cigarrillo.

El spray nasal se aplica localmente en cada narina apuntando al tabique nasal (una dosis) indicándose un tratamiento de 12 semanas de uso. Tiene la desventaja de que puede producir irritación nasal en los primeros usos y hay que preparar a la persona para esta eventual molestia (por ejemplo, sugerirle que realice una prueba en la consulta). Se comienza con 1 a 2 dosis por hora y se aumenta de acuerdo a los síntomas de abstinencia. La dosis mínima recomendada es de 8 dosis al día y la máxima de 40 dosis/día (5 dosis/hora).

Está contraindicado (es una contraindicación relativa) en aquellas personas que tienen cuadros con hiperreactividad bronquial como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC). Muchas de estas personas pueden utilizarlo una vez que superaron las molestias iniciales.

Es un tratamiento que, por su farmacocinética, se suele reservar para las personas con alta dependencia: quienes consumen más de 20 cigarrillos por día, los que fuman dentro de los primeros 30 minutos después de levantarse y los que refieren necesitar más el cigarrillo de la mañana. Como ya señalamos, el spray nasal es la terapia que genera mayor dependencia por su cinética y hay que estar atentos a esto, **su venta es bajo receta**.

Finalizando con las TRN, remarcamos:

- ✿ Todas las formas nicotínicas de reemplazo se pueden suspender de forma brusca cumplido su período de uso, aunque se puede intentar una reducción paulatina de las dosis para que la persona se vaya sintiendo segura antes de la suspensión.

ACTIVIDAD

Practiquen el modo de prescripción de la Terapia de Reemplazo Nicotínico:

- Cómo explicaría el uso de los parches.
- Cómo explicaría el uso de los chicles.
- Cómo explicaría el uso de los comprimidos dispersables.
- Cómo explicaría el uso del espray nasal.


Una persona le cuestiona el uso de TRN “para qué ponerme nicotina si yo quiero dejar de tener nicotina” ¿Qué le respondería?

4.2.2. Bupropión

Esta forma de tratamiento farmacológico, también considerada de primera línea, es el bupropión. Se trata de un **antidepresivo** que actuaría principalmente como un inhibidor de la recaptación de neurotransmisores (dopamina, noradrenalina) en el Sistema Nervioso Central (SNC). Aunque no está totalmente aclarado cómo acciona para ayudar a dejar de fumar, no se debería a su efecto antidepresivo en sí mismo. Es importante recordar que la cesación tabáquica produce efectos que podríamos comparar con los de una depresión -por supresión-, pues disminuye los neurotransmisores de excitación -dopamina, noradrenalina- y la manera en la que el bupropión contrarrestaría la abstinencia es aumentando la disponibilidad de estos neurotransmisores del SNC.

También se estima que actuaría como antagonista no competitivo de los receptores de nicotina, es decir, los bloquearía parcialmente. El efecto antitabáquico no estaría relacionado con su efecto antidepresivo, pero su eficacia como tratamiento para dejar de fumar está claramente demostrada y es muy efectivo combatiendo los síntomas de abstinencia. Se ha descrito un efecto beneficioso sobre el humor negativo postcesación (síntoma de labilidad emocional o ideación negativa).

La GPC Nacional de Tratamiento de Adicción al Tabaco recomienda el uso de bupropión de liberación prolongada en dosis de 150 o de 300 mg/día, en tratamientos de 7 a 12 semanas, ya que aumenta las tasas de cesación. Se inicia una o dos semanas antes del día en que la persona deja de fumar –a diferencia de las TRN– y finaliza entre las 7 y 12 semanas. Se comienza indicando 150 mg diarios durante los 7 o 10 días previos a la fecha fijada para dejar de fumar. El aumento a la dosis a 300 mg en torno al día en que la persona deja de fumar es opcional, ya que es efectivo tanto 150 como 300 mg diarios.

 Se sugiere 150 mg por día, especialmente ante sueño lábil, constipación, concomitancia de otros fármacos, para reducir costos o aumentar la aceptación.


El tratamiento total de bupropión incluye unas 7 a 12 semanas. De forma similar que con la nicotina, no se requiere disminución progresiva de la dosis al finalizar y se puede suspender de forma brusca.

Contraindicaciones

A diferencia de las TRN, debemos tener mayores precauciones ya que se trata de una droga activa sobre el SNC. No se puede utilizar en personas que sufran o hayan sufrido:

- Epilepsia.
- Bulimia, anorexia.
- Necrosis hepática severa.
- Aquellos que están recibiendo al mismo tiempo IMAO (Inhibidores de la Monoamino Oxidasa). En ese caso es necesario suspender esos tratamientos 14 días antes de comenzar con bupropión.
- **Personas con situaciones clínicas que disminuyan el umbral convulsivo.** El bupropión es un medicamento que puede promover la aparición de convulsiones (1/1000). Esto incluye:
 - aquellos que tienen antecedentes de traumatismo craneo encefálico con pérdida de conocimiento (TEC),
 - que sufren de alcoholismo,
 - ante supresión brusca de benzodiazepinas, o de otros fármacos que afectan el SNC,
 - ante indicación simultánea de fármacos como: hipoglucemiantes, insulina, teofilina, antipsicóticos, antidepresivos, corticoideos, y otros.

En el caso de estos medicamentos si bien no es una contraindicación absoluta, hay que utilizarlos con precaución y a baja dosis.

 **Atención: si la persona ya recibe benzodiazepinas, no suspenderlas durante el uso de bupropión ya que su brusca supresión baja el umbral convulsivo.**

Efectos adversos

- Convulsiones (en 1/1000 personas).

Otros efectos secundarios pueden llevar a una necesidad de disminuir la dosis (cefalea, insomnio, boca seca, constipación) o, incluso, de suspender el tratamiento (rush cutáneo, prurito, hipersensibilidad y, con menos frecuencia, enfermedad del suero).

4.2.3. Tratamientos combinados

La guía recomienda, para algunos escenarios específicos, que se use más de un tratamiento o dos formas distintas de reemplazo nicotínico. La evidencia disponible muestra que la combinación de parches con chicles o spray de nicotina, o la asociación de parches de nicotina con bupropión, son más efectivas que si utilizamos cada uno por separado. También implica un aumento de costos y de potenciales efectos adversos, por eso se recomienda reservar las combinaciones para personas con alta dependencia o antecedentes de intentos frustrados con monoterapia.


4.2.4. Vareniclina

Es un medicamento que se **diseñó específicamente para la cesación tabáquica**. Se trata de un agonista parcial de los receptores nicotínicos alfa4-beta2 cerebrales. Como explicamos anteriormente, la nicotina se fija a receptores cerebrales -Área Tegmental Ventral-, la vareniclina bloquea estos receptores de manera parcial. Así remedia, parcialmente, el efecto de la nicotina en ellos, con lo cual el fumador por un lado no experimenta el mismo efecto cuando fuma (los receptores están ocupados) y por el otro, cuando falta la nicotina, la persona tiene algo que la reemplaza parcialmente, y produciendo su efecto en el SNC. Es un producto que se caracteriza por lo siguiente:

- Tiene buen manejo del *craving* (ganas compulsivas, intensas e incontrolables de fumar).
- Presenta baja interacción con otras drogas.
- Duplica (y hasta triplica) las posibilidades de cesación contra ausencia de medicación.
- Es más eficaz que el bupropión.
- Demostró eficacia en personas con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva) y con patología cardiovascular previa.

La vareniclina está incluida en la GPC nacional como un medicamento efectivo para la cesación. Se puede utilizar en dosis de 1 a 2 mg/día durante 12 semanas de tratamiento por los mismos motivos que explicamos con los demás productos: la posibilidad de aparición de recaídas tardías.

La Guía sugiere valorar previamente junto a la persona los potenciales beneficios y riesgos al utilizar la vareniclina. Esto se debe a que la información que brinda la literatura médica indica posibles efectos adversos importantes, tales como: la aparición de efectos cardiovasculares graves, depresión, ideación suicida y otras alteraciones psíquicas. Se deben valorar antecedentes de la persona al momento de indicar la medicación y advertirle que suspenda su uso en caso de cambios del humor como ánimo depresivo o ideas de suicidio.

 **Tanto el bupropión como la vareniclina, deben ser supervisados y controlados durante su recepción por quien las indica.**

La vareniclina viene presentada en cajas que ayudan a su indicación dado que se tiene que ir escalonando la dosis para que sea cada vez mayor hasta llegar a una dosis máxima desde la segunda semana donde se propone que elija el "Día D".

La medicación comienza a tomarse la semana previa al día de la cesación; se inicia con 0,5 mg al día durante los primeros 3 días. Durante los siguientes 4 días, 0,5 mg dos veces por día y, finalmente, a partir de la segunda semana, 1 mg cada 12 horas hasta completar el tratamiento de 12 semanas. Se propone dejar de fumar durante la segunda semana de toma. Cuando la persona refiere intolerancia por efectos adversos (ej. náuseas o sueños muy intensos) se puede bajar la dosis a 1mg diario.

Los **efectos adversos** más frecuentes son de naturaleza leve:


- Náuseas, que aparecen en el 30% de las personas.
- Sueños anormales o vívidos.
- Insomnio. También puede ser causado por el intento mismo de dejar de fumar, por lo cual, no es siempre posible advertir si es un efecto adverso o una consecuencia natural durante el proceso de cesación.
- Cefalea.

Se debe aclarar a la persona los riesgos de eventos graves. En este sentido, han aparecido reportes sobre cambios en el comportamiento incluyendo depresión, ideación suicida y suicidio. Se requieren más investigaciones para evaluar definitivamente su seguridad.

En el año 2011, la agencia norteamericana Food and Drug Administration (FDA) emitió un alerta sobre la posible existencia de un riesgo aumentado de efectos cardiovasculares graves: ACV, cardiopatía isquémica y vasculopatía periférica arterial. Por esta razón, se recomienda que estos riesgos se comenten con la persona, evaluando sus antecedentes, y que sea participe en la discusión de la elección del tratamiento, además de monitorear la aparición eventual de estos eventos.

4.2.5. La elección del fármaco

Para seleccionar el fármaco más adecuado es fundamental conocer la historia de la persona en tanto fumadora así como experiencias previas de intentos de cesación. En general, cuando un tratamiento farmacológico resultó eficaz, puede ser útil volver a utilizar el mismo tratamiento.

 **Es de interés, solicitarle a la persona detalles del proceso en relación al fármaco usado: tiempo que se mantuvo sin fumar, dosis usada, efectos adversos experimentados, etc. En general, una recaída después del mes nos habla a favor de la utilidad del medicamento usado.**

También es importante considerar las preferencias de la persona así como la experiencia del profesional. El tratamiento para dejar de fumar es altamente interactivo: implica una modificación del estilo de vida donde juega un rol muy importante la motivación y preferencia de la persona, también es relevante la experiencia de cada profesional.

Se deben monitorear cuidadosamente los efectos adversos teniendo en cuenta las contraindicaciones de los fármacos. Otro aspecto importante es la preocupación por el aumento de peso. Hasta el momento, la información disponible en la literatura médica indica que la prescripción de reemplazo nicotínico –en particular, chicles o los comprimidos de 4 mg– y el bupropión, son los que mejor consiguen controlar el aumento de peso, que puede ser una dificultad o una barrera para abandonar el cigarrillo en algunas personas.

Del mismo modo se debe considerar la relación costo/disponibilidad: la posibilidad que tiene la persona de acceder al tratamiento y de mantenerlo por un período adecuado de tiempo.

ACTIVIDAD

Practiquen cómo le presentarían a una persona que quiere dejar de fumar las distintas opciones terapéuticas, los beneficios y posibles contras de su uso.

5. Tratamientos sin validez científica

La GPC Nacional ha identificado un grupo de intervenciones y de fármacos que no resultan eficaces –en función de la evidencia disponible– para ayudar a dejar de fumar. Estos tratamientos no deberían ser indicados en vista de su falta de efectividad teniendo en cuenta el riesgo de aparición de otros efectos adversos.

Tratamientos farmacológicos no avalados

- **Insuficiente evidencia de efectividad**

- Benzodiazepinas.
- Betabloqueantes.
- Citisina (es un producto precursor de la vareniclina pero de muy bajo costo. Actualmente, está en re-evaluación su eficacia, debido a que se han publicado estudios a su favor).
- Acetato de plata.
- Canabinoides.

Algunos de estos no están disponibles en nuestro medio de todas formas, no tenemos suficiente evidencia para recomendar su uso en el tratamiento para dejar de fumar.

- **Evidencia de ineficacia**

- Inhibidores de la recaptación de serotonina.
- Naltrexona.
- Mecamylamina.

La evidencia demuestra que no son útiles para dejar de fumar.

Propuestas no farmacológicas no avaladas

- **Insuficiente evidencia de efectividad.**

- Cigarrillo electrónico (e-cig). Su comercialización ha sido prohibida por el ANMAT en nuestro país.
- Electroestimulación.
- Administración de glucosa.
- Acupuntura tradicional.
- Técnicas de bioinformación/biofeedback.
- Deprivación sensorial.

- **Evidencia de ineficacia**

- Láser.
- Hipnosis.

En el caso de las terapias aversivas que están basadas en fumar rápidamente en grandes cantidades para desarrollar un rechazo al cigarrillo, si bien son efectivas, se desaconsejan por aumentar la exposición intensa al humo de tabaco y sus componentes tóxicos.

ACTIVIDAD

Una persona le consulta acerca del cigarrillo electrónico, porque quiere comprar uno y le gustaría contar con su opinión ¿Qué le respondería?

6. Conclusiones

A lo largo de este último módulo, hemos intentado reflejar la complejidad que reviste un proceso de cesación tabáquica, los componentes implicados (físico, psíquico y social), así como presentar las estrategias y recursos disponibles para acompañar, como equipo de salud, este gran desafío asumido por la persona que fuma.

Detectar qué personas son fumadoras en cualquier instancia de contacto o consulta, constituye el punto de partida, esta condición debe ser claramente destacada en la historia clínica, de modo que brinde la posibilidad de intervención de los distintos actores del equipo de salud.

Quien fuma, suele estar atravesado por pensamientos y sentimientos ambivalentes entre el deseo de ser un no fumador y la pérdida de ese mediador de placer que amenaza su salud. Así el estilo motivacional presta el marco adecuado para resolver esta tensión interna y tomar la decisión de dejar.

Luego, asistir con consejería práctica y ayuda farmacológica, en forma conjunta, son las estrategias fundamentales para un acompañamiento efectivo.

El tratamiento farmacológico se fundamenta en la alta tasa de recaídas de las personas que fuman en proceso de cesación antes del año de lograrlo. Utilizando las dos estrategias conjuntas, consejería y farmacoterapia, aumenta cerca de un 40% las posibilidades de cesación, comparada con el uso de medicación sola acercándose a la duplicación de las posibilidades de éxito contrastada con el uso de consejería aislado.

Resumiendo, estas son las consideraciones más importantes sobre los fármacos:

- El tratamiento farmacológico no se recomienda en forma sistemática en personas que fuman pocos cigarrillos (menos de 10 por día), adolescentes y embarazadas.
- La farmacoterapia es eficaz ya que duplica o triplica la chance de éxito en el intento de dejar de fumar.
- Las personas que fuman pueden requerir un fármaco para dejar fumar y su uso es costo-efectivo.
- Las opciones que tenemos disponibles son: la Terapia de Reemplazo Nicotínico, el bupropión y la vareniclina. Otras opciones como la nortriptilina y la clonidina se reservan para casos especiales.
- Pueden utilizarse combinaciones sumando dos tipos de terapia de reemplazo nicotínico, o bien con el uso simultáneo de bupropión con parches.
- La vareniclina tiene un perfil de seguridad menos definido que la terapia de reemplazo nicotínico y el bupropión.

Información útil

Recursos

El Ministerio de Salud de la Nación pone a disposición de la población general las siguientes herramientas para dejar de fumar:

- **Línea gratuita 0800-999-3040.**
- Manuales de autoayuda que pueden descargarse de la web www.msal.gov.ar/tabaco.
- Listado de centros de atención en todo el país para cesación tabáquica que puede consultarse en www.msal.gov.ar/tabaco.
- Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco y su aplicativo – guía breve-.

Bibliografía

- Alberich Nistal, T. (2007): "Investigación-Acción Participativa y mapas sociales". Benlloch (Castellón).
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000): "Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales", DSM IV - TR (4° ed. revisada), Barcelona, Masson.
- Barrows, H.S. (1986): "A Taxonomy of problem based learning methods", Medical Education, 20: 481-486.
- Carter BD, y col. *Smoking and mortality-beyond established causes*. NEJM. 2015;372(7):631-40.
- Casetta B. El tabaquismo sigue sumando enfermedades por las que aumenta la mortalidad. Evid Act Pract Ambul. 2015;18(4):120. Oct-Dic.
- Castellanos, P. (1997): "Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población". En: Módulo de Programas de salud I y II. Colombia, CES.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1998): "Redes en salud", s/e.
- Dennis, R. (2004): "Social Determinants of Health". Ed. Canadian Perspective.
- Doll R., Peto R., Boreham J., et al. (2004): "Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors". BMJ;328(7455):1519.
- Eriksen M., Mackay J., Schluger N., et al. (2015): "The Tobacco Atlas". Fifth ed. Atlanta. Georgia: American Cancer Society, Inc.
- Menéndez E.L. (2009): "De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva". Lugar Editorial, Buenos Aires.
- E Merhy, E; Feuerwerker, L C M; Burg Ceccim, R. (2006): "Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en micro política del trabajo en salud". En Salud colectiva v.2 n.2 Lanús mayo/ago.
- Ministerio de Salud de la Nación, (2005): "Programa Nacional de Control del Tabaco. Encuesta de Tabaquismo en Adolescentes- 2002". Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación, (2005): "1° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles". Presentación de los principales resultados. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación, (2009): "2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles". Presentación de los principales resultados. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación, (2011): "Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco". Buenos Aires, Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles.

Ministerio de Salud de la Nación, (2012): "Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos". Buenos Aires, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Ministerio de Salud de la Nación, (2013): "Redes, otra manera de pensar la salud. Primeros logros de los proyectos provinciales". Buenos Aires, Programa Redes.

Ministerio de Salud de la Nación, (2014): "3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles". Presentación de los principales resultados. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación, (2014): "Redes, otra manera de pensar la salud. Consolidando los proyectos provinciales". Buenos Aires, Programa Redes.

Ministerio de Salud de la Nación, (2015): "Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT". Buenos Aires, Programa Redes, 2da. Edición,.

Organización Mundial de la Salud. (2008): "Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: plan de medidas MPOWER". Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Ley 26.687, (2011.) "Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco". Senado y Cámara de Diputados de la República Argentina.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2007): "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas" Washington, D.C. Versión original en inglés con el título: *Renewing Primary Health Care in the Americas, (2007) Edition Biblioteca Sede OPS- Catalogación en la fuente.*

Organización Panamericana de la Salud, (2008): "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Washington, D.C. Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente.

Rizo García, Marta, (2003): "Redes. Una aproximación al concepto", Universidad Autónoma de México, s/f. Disponible en http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/62.pdf. Último acceso 14 de enero de 2016.

Rovere, M. (1999): "Redes en salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad", Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

Sluzki, C. E. (1996): "La red social: frontera de la práctica sistémica". Buenos Aires/Barcelona: Gedisa.

Tejada de Rivero, D.(2003) "Alma-Ata: 25 años después" en Perspectivas de Salud, Volúmen 8, N°2.



Actividades del curso

Actividad 1

Alterna opción múltiple con verdadero (V) y falso (F) de la cesación tabáquica. Les proponemos en todos los casos marcar la o las opciones correctas.

1. El cigarrillo contiene (entre otros componentes)

- a. Polonio 210
- b. DDT
- c. Cadmio
- d. Todas son correctas

2. Los daños ocasionados por el tabaquismo son el eje central para que el equipo de salud pueda motivar a las personas a que dejen de fumar.

V F

3. La intervención del equipo de salud se centra en solicitar estudios para concientizar al fumador de su daño.

V F

4. Durante el embarazo se puede permitir fumar hasta 5 cigarrillos por día.

V F

5. Entre los beneficios de dejar de fumar podemos señalar:

- a. A los 20 minutos de dejar de fumar se restablece la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- b. El riesgo de daño pulmonar disminuye completamente a los 3 años de haber dejado de fumar.
- c. Al año de dejar de fumar, el riesgo de morir de una enfermedad cardíaca disminuye a la mitad.
- d. a y c son correctas.

6. Respecto a los fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios, estos tienen riesgo aumentado para padecer:

- a. Cáncer de páncreas.
- b. Infarto agudo de miocardio.
- c. Disminución de la movilidad de los espermatozoides.
- d. Todas son correctas.

7. En cuanto a los fumadores de pocos cigarrillos puede afirmarse lo siguiente:

- a. No sufren riesgos significativos a su salud.
- b. No es necesario aconsejarles dejar de fumar.
- c. Generalmente requieren tratamiento farmacológico.
- d. Ninguna de las anteriores es correcta.

8.Cuál de estas expresiones es correcta respecto al daño ocasionado por el tabaco:

- a. Fumar con pipa prácticamente no es dañino.
- b. Quienes fuman menos de 5 cigarrillos no corren riesgos para la salud.
- c. Fumar aumenta el riesgo de ceguera por degeneración de la mácula.
- d. La nicotina produce cáncer

9. Una tos matinal de limpieza de los bronquios es considerada normal en el fumador.

V F

10. Cuál de estas expresiones es correcta respecto al daño de tabaco en la salud, con qué enfermedades se relaciona:

- a. Cáncer gástrico y cáncer de colon.
- b. Aneurisma de Aorta.
- c. Úlcera péptica.
- d. Todas son correctas.

11. Cuál de estas expresiones es correcta respecto al daño de tabaco en la salud de la mujer:

- a. Cáncer de cuello de útero.
- b. Falla ovárica prematura y menopausia temprana.
- c. Reducción de la fertilidad.
- d. Todas son correctas

12. En la mejoría de las primeras semanas por dejar de fumar se describen:

- a. Normalización de la circulación en las encías y dientes.
- b. Mejoría de la agregación plaquetaria.
- c. Mejoría de la relación HDL/LDL.
- d. Todas son correctas.

13. En la mejoría de sobrevida (en años) por dejar de fumar se encuentran:

- a. Los que dejan a partir de los 60 años de edad no cambian su sobrevida.
- b. Los que dejan de fumar antes de los 40 años ganan en promedio 5 años de vida.
- c. Los que dejan de fumar antes de los 30 años, equiparan su sobrevida a los nunca fumadores.
- d. Todas son correctas.

14. Respecto a la NICOTINA:

- a. Es una sustancia moderadamente adictiva.
- b. Su poder adictivo está vinculado a la rápida absorción pulmonar (pico).
- c. La nicotina del cigarrillo y la del reemplazo del tratamiento producen el mismo nivel de adicción.
- d. Mejora su absorción en medio ácido (el: jugos cítricos).

Actividad 2

Estilos de comunicación motivacional

1. Luego de ver el spot “12 años más de vida”, les proponemos comentar en grupos las siguientes preguntas:

- ¿Qué sienten?
- ¿Qué les gusta y qué no?
- ¿Qué elementos son útiles para su práctica cotidiana?
- ¿Qué semejanzas y qué diferencias notaron con respecto a su estilo de atención?

2. Analicen los siguientes aspectos de la comunicación:

- Silencios
- Tonos de voz
- Miradas
- Gestos
- Actitud
- Pausas
- Énfasis

3. En la práctica, a partir de lo analizado recientemente: ¿qué quisieran cambiar y qué sostener?

Actividad 3

Consejería práctica

1. Lean el listado de situaciones que se asocian al fumar (gatillo), y si lo desean sumen alguna otra. Algunas situaciones que se asocian al fumar:

- Café
- Alcohol
- Mate
- Salir del trabajo
- Terminar una tarea y empezar otra
- Computadora
- Manejar
- Estar en casa
- Estar fuera de casa
- Social, reuniones
- Estar con otros fumadores
- Después de comer
- El primero de la mañana
- Esperando
- Casino/entretenimientos (por ejemplo, ver fútbol)
- Aburrimiento
- Angustia/bronca
- Relajación/placer
- Horarios particulares

2. Lean el listado de consejería práctica (del manual de autoayuda) que se detalla a continuación. Luego marquen cuáles consejos son útiles en el contexto ambiental, social y cultural de su práctica, y cuáles no. De estas últimas, propongan su adaptación.

- Tomar agua o jugos que no engordan (preferente gustos cítricos).
- Mascar chicles sin azúcar.
- Tomar mate (a algunas personas les sirve para hacer algo con las manos).
- Lavarse más seguido los dientes.
- Usar enjuagues bucales fuertes que bajan el deseo de fumar.
- Llamar al 0800 999 3040 para hablar de lo que le pasa.
- Llamar a un amigo que lo entienda.
- Anunciar su compromiso a otros para que lo ayuden.
- Cambiar muebles de lugar (por ejemplo en la oficina para no asociar con la rutina de siempre).
- Ir al cine.

- Estar con personas que NO fuman.
 - Ir a bares y a lugares donde no se puede fumar.
 - Aumentar las horas que duerme, hacer siesta.
 - Tomar té (en lugar de café).
 - Usar chicles o comprimidos dispersables con nicotina que son de venta libre.
 - Darse una ducha.
 - Respirar hondo y relajarse.
 - Cambiar el recorrido (evitar quioscos, buscar recorridos con espacios verdes).
 - Realizar actividades placenteras.
 - Poner carteles de ambientes libres de humo en casa y en el trabajo.
 - Usar más desodorantes ambientales.
 - Usar más perfumes en la piel.
 - Darse premios por el logro de cada día, de cada semana y de cada mes.
 - Realice cambios de rutina asociada a fumar.
 - Realice actividades manuales (arreglos, carpintería, tejido, limpieza).
 - Coma frutas y verduras.
 - Evite comidas grasas.
 - Evite la sobremesa (por ejemplo, levantarse y lavar los platos, pasear el perro, sentarse en el living regar plantas)
 - Otros.....
-
-
-
-

Actividad 4

Casos clínicos para la dinámica de Role Playing

Carmen

- Tiene 35 años.
- Es encargada en una tienda de ropa femenina y está estudiando cosmetología.
- Llegó a terapia psicológica porque últimamente se sentía muy ansiosa y su matrimonio no estaba pasando por un buen momento.
- Ella es fumadora de 2 paquetes por día, y si bien la psicóloga le ha señalado ese hecho y no le permite fumar durante la sesión, la respuesta de Carmen ha sido, “es mi decisión y de algo hay que morirse”.
- Hoy luego de cinco meses de tratamiento ha ido logrando un mejor diálogo con su marido, va sintiéndose mejor en ese aspecto, pero sigue fumando.

Juan

- Llega a la consulta con una fuerte bronquitis.
- El médico le pregunta si es fumador y el responde que sí.
- Juan comenta que hace un año su esposa le imploraba que dejara de fumar, 15 años como fumador ya era suficiente. En todo momento le recordaba los peligros a la salud del fumar. Juan tuvo entonces cierto interés en modificar su conducta e ignoraba el constante bombardeo de su esposa hasta que sus sugerencias se volvieron demandas.
- Entonces Juan empezó a ir a un grupo para dejar de fumar, el cual dejó luego de un par de reuniones, diciéndole a su esposa “viste, te dije que no podría, espero que estés contenta ahora”.

Tomás

- Un ejecutivo de 40 años que fuma 3 paquetes de cigarrillos al día se presenta para su control de rutina. Él dice que le gustaría dejar de fumar pero que está teniendo muchas dificultades para lograrlo.
- Lo ha intentado dos veces en el último año, pero las presiones en el trabajo crecen y “vuelvo a fumar”.
- Su historia familiar es significativa en relación con la enfermedad cardiovascular prematura y muerte.

Valeria

- Tiene 23 años y hace ocho meses que dejó de fumar.
- Trabaja en una agencia de lotería durante el día y a la noche va a la escuela para terminar su secundario.
- Cuando salen al recreo, algunas de sus amigas de la escuela le ofrecen un cigarrillo y Valeria nunca acepta, porque sabe que eso la haría volver a fumar. Pero hoy, en el recreo, se le acercó Pablo, un chico que a Valeria le gusta mucho. Se puso a hablar con Valeria y le ofreció un cigarrillo. Valeria no supo qué hacer. La situación la tomó desprevenida. No quería decirle que ahora los cigarrillos le parecían desagradables para no caerle mal a Pablo, no quería que él pensara que ella era una boba, ni tener que explicarle que había dejado de fumar. Confundida, sin decir nada, aceptó el cigarrillo y lo encendió. Como Pablo la invitó a salir, Valeria volvió a fumar el fin de semana cuando salieron juntos. Si las cosas continúan así, Valeria pronto estará fumando como hace ocho meses.

Miguel

- Tiene 49 años y lleva sin fumar un año y medio. Está convencido de que ya ha superado definitivamente su adicción al cigarrillo. Nunca pensaba en fumar ni en los cigarrillos.
- Ha llegado al centro de salud para hacerse ver una pierna ya que se ha golpeado fuerte en la fábrica donde trabaja. Le comenta al médico clínico que lo atiende desde siempre en el centro de salud, que en la fábrica hay rumores de despidos lo cual le preocupa. A la salida del trabajo, caminó lentamente unas cuadras y, cuando pasó por un kiosco pensó luego de mucho tiempo que bueno sería fumarse un cigarrillo. Esta vez no paró.

Actividad 5

Completar el kit de herramientas

Se propone completar el kit de herramientas construido a partir del trabajo en terreno. Se sugiere tener en cuenta, por un lado, lo recientemente trabajado sobre entrevista motivacional (por ejemplo, a través de la creación de un pool de preguntas abiertas al fumador) y, por otro lado, adaptar la consejería práctica a las pautas culturales, características y condiciones de vida de la zona.

Actividad 6

Cuestionario sobre fármacos y consejería

Por favor, indicar cuál es su profesión.....

En todos los casos circular la o las opciones correctas (incluyendo verdadero o falso).

1. Algunos aspectos útiles relacionados con el éxito en la preparación antes del Día D (indique la opción correcta):

- a. Decirle que cambie de marca.
- b. Pedirle que fume un cigarrillo por hora.
- c. Pedirle que reduzca un cigarrillo por día.
- d. Pedirle que evite tomar alcohol.

2. Respecto a la consejería práctica dirigida a quien está realizando el intento de dejar, qué consejo le daría (indique las opciones correctas):

- a. No hace falta que evite estar con otros fumadores.
- b. Que salga a caminar.
- c. Que realice ejercicios de relajación.
- d. Que conserve cigarrillos si eso lo deja más tranquilo.

3. Qué elementos son parte de la consejería del tratamiento (indique las opciones correctas):

- a. Desarrollo de habilidades.
- b. Técnicas aversivas.
- c. Técnicas de afrontamiento del estrés.

4. Respecto de la NICOTINA cuál es la expresión correcta:

- a. Es una sustancia moderadamente adictiva.
- b. Su poder adictivo está vinculado a la rápida absorción pulmonar (pico).
- c. La nicotina del cigarrillo y la del reemplazo del tratamiento producen el mismo nivel de adicción.
- d. Mejora su absorción en medio ácido (jugos cítricos).

5. El síndrome de abstinencia que produce el dejar de fumar comprende entre otros:

- a. Deseo irrefrenable de fumar.
- b. Tensión, irritabilidad.
- c. Dificultad para concentrarse.
- d. Temblor, cefaleas.
- e. Todas son correctas.

6. La Terapia de Reemplazo Nicotínico:

- a. Implica administrar una sustancia dañina al organismo.
- b. Aumenta significativamente la tasa de cesación.
- c. Administra nicotina de forma idéntica a los cigarrillos (farmacocinética).
- d. Todas las formas tienen altas posibilidades de generar dependencia.

7. NO HAN DEMOSTRADO ser tratamientos eficaces:

- a. Láser y acetato de plata.
- b. Bupropión.
- c. Chicles de nicotina.
- d. El estilo de la entrevista motivacional.

8. Se considera medicamento de segunda línea a:

- a. Clonidina.
- b. Chicles de nicotina.
- c. Bupropión.
- d. Spray de nicotina.

9. Respecto al modo de uso de los parches de nicotina:

- a. Se aplican sobre zonas con pelo.
- b. Se reemplazan cada día.
- c. Pueden cortarse para regular la dosis.
- d. La presentación de 21 mg/día se recomienda para fumadores de pocos cigarrillos.

10. El descenso progresivo de la dosis del parche es fundamental para evitar la dependencia a la nicotina del parche.

V F

11. Señale cuál de los siguientes efectos adversos se asocia al uso del spray nasal de nicotina:

- a. Alteraciones en la masticación.
- b. Rinorrea.
- c. Convulsiones.
- d. Alteraciones del comportamiento.

12. El bupropión se comienza a indicar el día que se deja de fumar (Día D).

V F

13. El bupropión:

- a. No modifica los síntomas de abstinencia.
- b. Duplica la tasa de cesación.
- c. Su efecto para dejar de fumar es atribuido al efecto antidepresivo.
- d. Sólo se retira disminuyendo la dosis de forma paulatina.

14. Las dosis aceptadas de bupropión son (indique las opciones correctas):

- a. 100 mg
- b. 150 mg
- c. 300 mg
- d. 450 mg

15. Si alguien ya utilizó bupropión en un intento previo y recayó, entonces está indicado rotar a alguna forma de Terapia de Reemplazo de Nicotina en el siguiente intento de cesación.

V F

16. Señale cuál de las siguientes situaciones es contraindicación para el uso de bupropión:

- a. Epilepsia o alguna convulsión en la vida.
- b. Bulimia.
- c. Uso de medicaciones inhibitoras de la enzima monoaminoxidasa (IMAO).
- d. Antecedente de traumatismo de cráneo.
- e. Todas las anteriores son correctas.

17. Lo consulta una persona que lleva 7 días de abstinencia de tabaco, está en tratamiento con bupropión (2 comprimidos por día) y refiere que tiene insomnio ¿Cuál de las siguientes conductas es incorrecta inicialmente?

- a. Normalizar el síntoma como algo esperable, tanto por la abstinencia como por el uso de este fármaco.
- b. Dar alprazolam 1 mg (ansiolítico) 30 minutos antes de acostarse.
- c. Recomendar medidas generales para el insomnio y actividad física.
- d. Chequear la segunda dosis de bupropión (evitar que sea nocturna).

18. Las combinaciones efectivas de dos medicamentos para dejar de fumar (indique las opciones correctas):

- a. Se indican en la gran mayoría de los fumadores.
- b. No existe combinación que sea más efectiva que cualquier tratamiento individual.
- c. Se indican en personas con alta dependencia.
- d. Se indican en personas que han tenido fracasos previos.

19. Son efectos adversos frecuentes de vareniclina (indique las opciones correctas):

- a. Náuseas.
- b. Sueños anormales.
- c. Insomnio.
- d. Todas las anteriores son correctas.

20. La vareniclina puede producir como efecto adverso relevante (indique la opción correcta):

- a. Alteraciones en la masticación.
- b. Rinorrea.
- c. Estreñimiento.
- d. Alteraciones del comportamiento.

21. La indicación de vareniclina (indique la opción correcta):

- a. Requiere una conversación sobre efectos adversos relevantes con el fumador.
- b. No requiere seguimiento médico posterior.
- c. Se prolonga más allá de 12 semanas en la mayoría de los casos.
- d. No requiere evaluar la relación riesgo/beneficio.

22. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es útil para retrasar la ganancia de peso al dejar de fumar? (indique las opciones correctas):

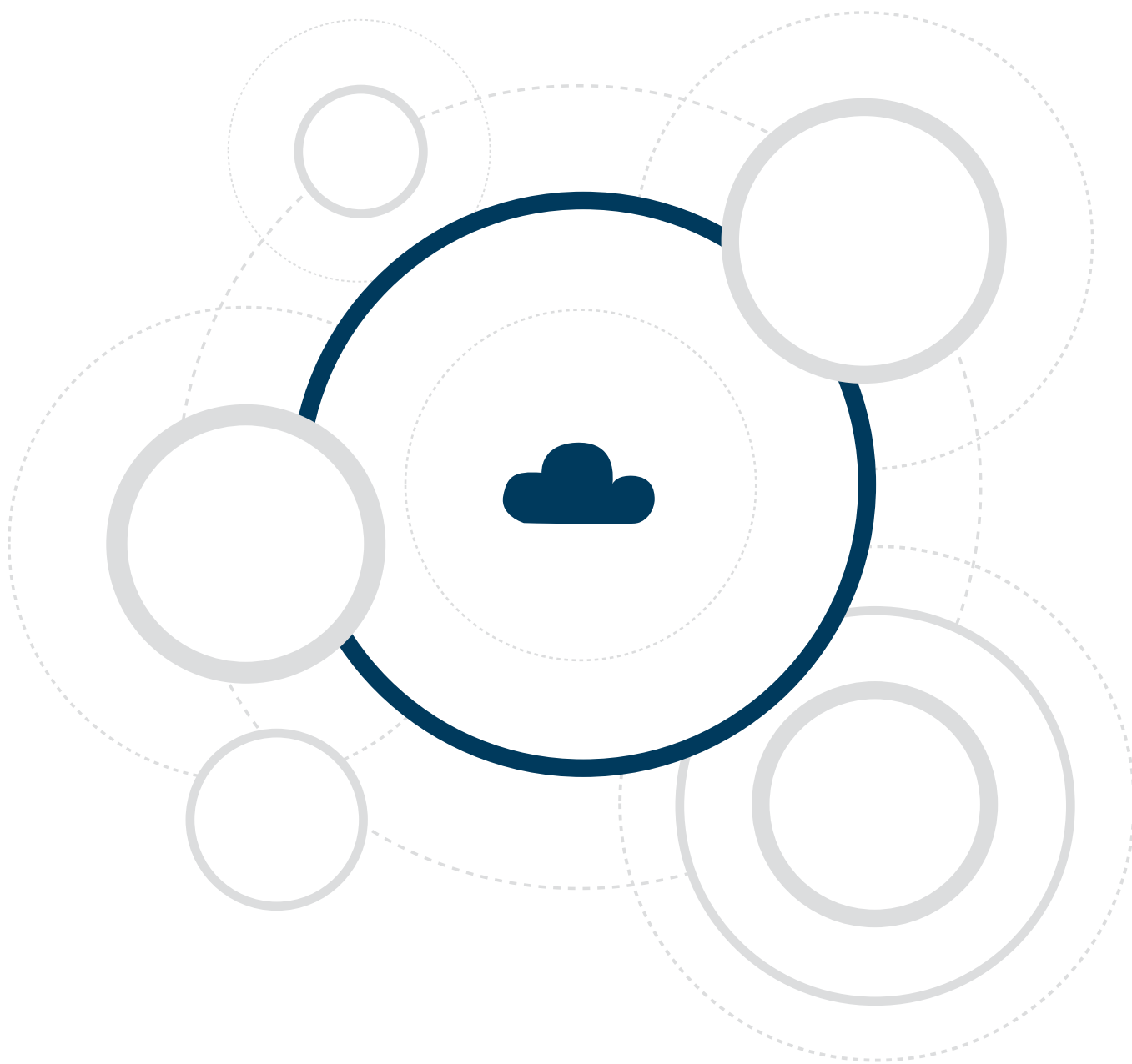
- a. Chicles de nicotina de 4 mg.
- b. Bupropión.
- c. Clonidina.
- d. Parches de nicotina.

23. En el momento de elegir un tratamiento es conveniente valorar:

- a. Experiencias previas de la persona.
- b. Costo y disponibilidad de medicaciones.
- c. Experiencia previa de la persona que prescribe.
- d. Todas las anteriores son correctas.

24. Las embarazadas y los adolescentes pueden recibir fármacos sin inconvenientes:

V F



Anexo

Las redes*

Una red se construye como respuesta a situaciones que de otra forma las personas y/o instituciones individualmente no pueden solucionar. En otras palabras, “una red es una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de los problemas reales” (Rizo García, 2003).

La esencia del trabajo en red la constituye el desarrollo de una tarea en común entre dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, en procura de objetivos compartidos explícitos manteniendo la propia identidad.

La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y los de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos (Dabas, 1998).

Tradicionalmente, cuando se habla de redes en salud se piensa en la red de establecimientos “como sistemas escalonados de complejidad creciente” o en el hospital como red “expresada en las interacciones de sus estructuras formales”. Sin embargo resulta interesante pensar que la noción de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones que ofrecen servicios de salud sino también para la **demand**a expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen (Dabas, 1999).

Desde una perspectiva amplia, Dabas reconoce en salud distintos tipos de redes que favorecen la interconexión entre los diversos integrantes del equipo de salud, en forma primordial, y con los integrantes de la red social de las personas, de modo articulado y coherente:

- **Red personal:** comprende el conjunto de las relaciones (con la familia, amistades, relaciones escolares, laborales, comunitarias e institucionales) que una persona concibe como significativa. Este tipo de red contribuye sustancialmente al reconocimiento de la persona como sujeto, constituyéndose en un factor clave de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad y adaptación a una crisis (Sluzki, 1996).

* Fragmento seleccionado de “Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT” Programa Redes. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación. 2015. ISBN 978-950-38-0214-4

- **Red comunitaria:** en esta red cobra protagonismo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud. Esto posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención (Dabas, 1999).

- **Red institucional:** este nivel de abordaje supone observar a las instituciones de salud desde el contexto general en el cual están inmersas y, al mismo tiempo, desde lo singular que cada una asume en su organización y en las interacciones de los actores sociales que en ellas se desempeñan. Para su afianzamiento es fundamental pensar en proyectos institucionales que promuevan activamente la amplia participación de los actores involucrados, hecho que incrementa la reciprocidad entre los mismos, consolidándose como colectivo.

La elaboración de proyectos institucionales debe contemplar el análisis de la demanda de la comunidad para brindar una oferta de atención integral a las personas. En palabras de Dabas, pensar a la persona atendida por la institución y sus equipos de salud en interacción permanente y no por una suma de servicios (Dabas, 1999).

- **Red de establecimientos y servicios:** para la consolidar esta red es necesario reconocer la articulación entre los subsectores público, de la seguridad social y privada con alcance a nivel local, provincial, regional y nacional. Este nivel de articulación de las redes se construye a partir no sólo de la decisión política sino que ésta, principalmente, debe estar inserta en un contexto de relaciones preexistentes que le de sustento y viabilidad.

- **Red intersectorial:** la puesta en marcha de esta red supone necesariamente la articulación e interacción entre los diferentes sectores: Educación, Justicia, Promoción y Acción Social, Saneamiento Ambiental, entre otros para definir lineamientos políticos en salud tendientes a resolver problemas concretos que afectan a la comunidad.

Niveles de construcción de las redes

En el proceso de construcción de las redes existen diferentes **niveles** cuyo conocimiento sirve para organizar y monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles podrían nombrarse como: **reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación**; cada uno sirve de apoyo al siguiente (Rovere, 1999).

- **Reconocimiento:** expresa la aceptación del otro. No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar. Expresiones como *“qué puede decir un profesional de un centro de salud de cómo organizar un servicio en un hospital”*, o al revés, *“¿qué puede decir un médico de un hospital sobre cómo organizar la atención, las formas de trabajar en un centro de salud?”* inhabilitan a determinadas voces a opinar sobre ciertos temas. Entonces, hay reconocimiento cuando se comienza a aceptar que el otro existe, cuando el otro se hace presente y se lo toma en cuenta.

- **Conocimiento**: el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, y empieza a ser incluida su palabra, pues su saber es identificado como necesario. Esto se expresa en un interés, se quiere saber quién es el otro, y entender cómo se ve el mundo desde su lugar.

- **Colaboración** (co-laborar en el sentido de trabajar con): Es una ayuda espontánea, no se organiza ni se sistematiza.

- **Cooperación** (co-operación: operación conjunta): A partir de un problema común, hay una co-problematización y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir, hay un compartir constante de actividades.

- **Asociación**: la actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

Toda esta construcción podría ser representada en un cuadro que marque un nivel sobre otro, a los cuales hay que sostener. Si a uno no se lo sostiene, los otros caen (Figura 1).

NIVEL	ACCIONES	VALOR
RECONOCER	DESTINADAS A RECONOCER QUE EL OTRO EXISTE	ACEPTACIÓN
CONOCER	CONOCIMIENTO DE LO QUE ES O HACE EL OTRO	INTERÉS
COLABORAR	PRESTAR AYUDA ESPORÁDICA	RECIPROCIDAD
COOPERAR	COMPARTIR ACTIVIDADES Y RECURSOS	SOLIDARIDAD
ASOCIARSE	COMPARTIR OBJETIVOS Y PROYECTOS	CONFIANZA

Figura 1

Cartografía o mapa social

El mapa social es la representación gráfica de los grupos, organizaciones y colectivos de un territorio concreto y de las relaciones que se dan entre ellos (Alberich, 2007). Esta herramienta permite construir colectivamente un conocimiento integral del **territorio**, para identificar los niveles de construcción de las redes.

El territorio es entendido no sólo como un lugar donde viven las personas sino, desde una perspectiva de la complejidad, como un espacio socializado y culturizado que está constituido por múltiples dimensiones interrelacionadas entre sí (ambiental, económica, política, cultural, social e histórica, entre otras).

El mapa social es de gran utilidad para, por una parte, instalar debates y promover el análisis y la reflexión colectiva sobre el rol de cada organización, cada red, en el ámbito local, sus funciones y los vínculos que existen entre ellas. Y, por otra parte, sirve para que a partir de lo discutido, debatido y consensuado, se planifiquen a corto y mediano plazo acciones colectivas entre las diferentes organizaciones y sus actores para introducir cambios concretos (Alberich, 2007).

El mapa social, conocido también como cartografía social, ofrece ver con precisión las relaciones en red, en un entramado complejo y muy cercano a la realidad social, y a través del cual es posible identificar las relaciones jerarquizadas entre las redes.

El mayor aporte de este instrumento es que permite que las personas de la comunidad junto a los diferentes actores sociales de la misma tales como funcionarios públicos, profesionales, académicos, etc., compartan, discutan, consensuen puntos de vista y conocimientos sobre la realidad de un territorio determinado.

Se pueden identificar los siguientes tipos:

- Mapas de población: caracterizan a los habitantes del territorio y sus condiciones de vida.
- Mapas de recursos: ubican los medios materiales (económicos y de infraestructura) o humanos que se encuentran en el territorio.
- Mapas de conflictos: visibilizan los niveles de conflicto entre los pobladores de un territorio, y de estos con las instituciones y los actores económicos.
- Mapas de redes: identifican a los actores sociales e institucionales del territorio, sus relaciones, incidencia y accionar (o no) frente a un conflicto en particular.

¿Cómo se construye un mapa social?

El mapa social se construye a partir de la identificación de tres niveles o tipos de organización (Alberich, 2007):

- Ámbitos de poder (instituciones públicas, poderes económicos y medios de comunicación) que se representan a través de un triángulo.
- Asociaciones y organizaciones sociales del tercer sector, representadas a través del rectángulo.

- Grupos de población (jóvenes, adultos, mujeres/varones, niños, inmigrantes, minorías, etc.) representados a través de círculos.

El tipo de relaciones (débil, normal, fuerte, conflictiva y sin relación) que existe entre estas organizaciones se representa por medio de diferentes tipos de líneas.

En la Figura 2 se observan algunos de los elementos con los cuáles se construye un mapa social.

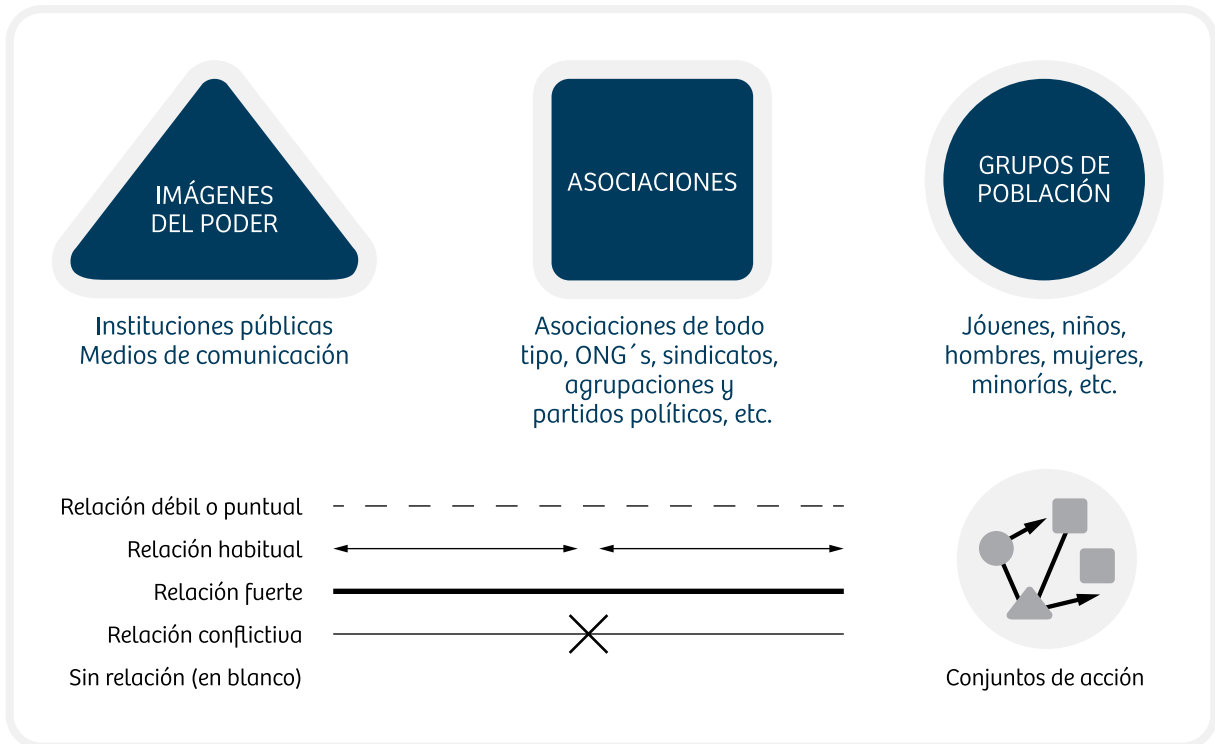


Figura 2

En la siguiente imagen (Figura 3) se observa cómo se construye un mapa de redes de salud.

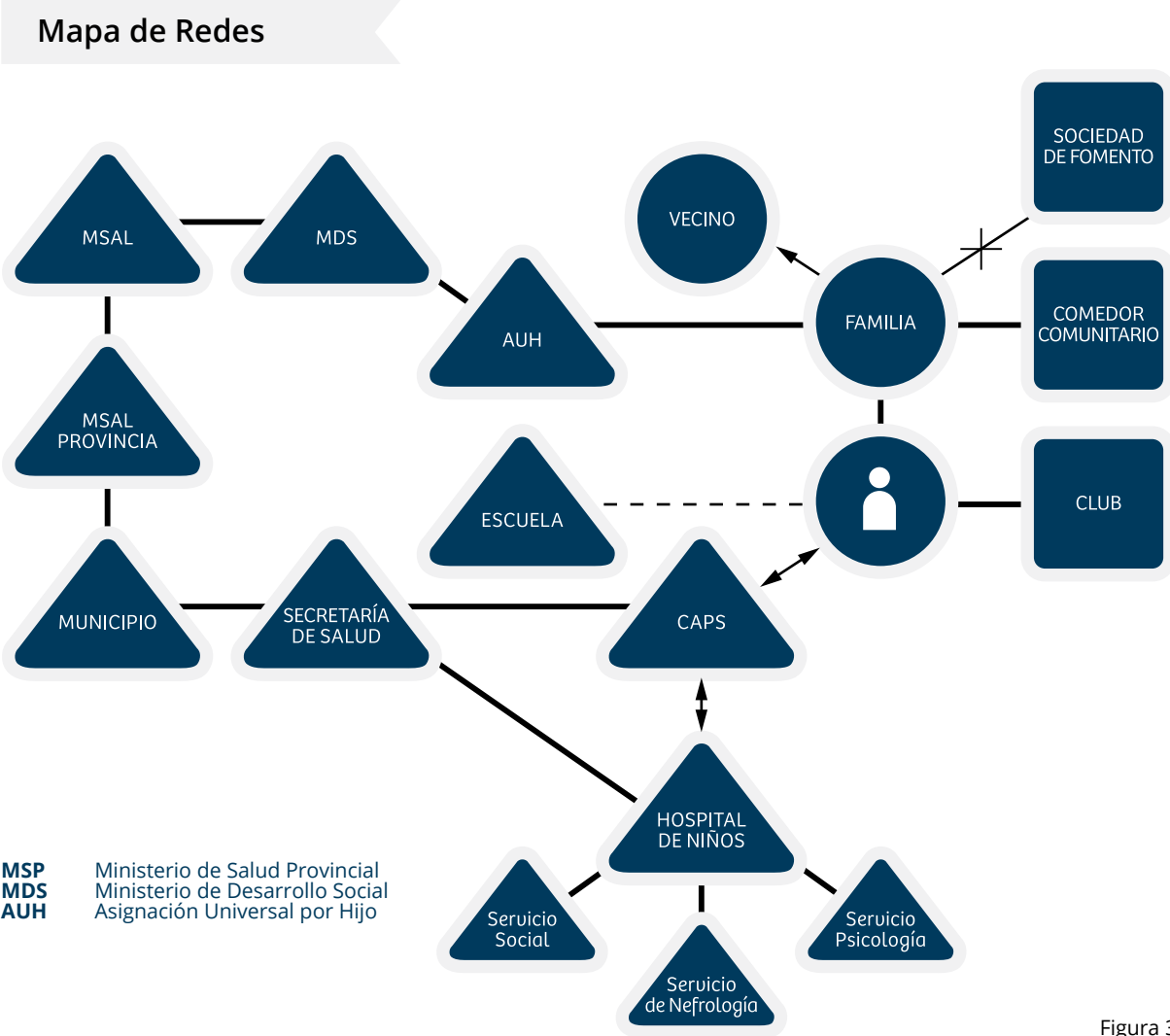


Figura 3

