

# EL ABCD DE LA CESACIÓN DE FUMAR: DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA EN MEDICINA PREVENTIVA

THE ABCD OF SMOKING CESSATION: FROM EVIDENCE TO CLINICAL PRACTICE IN  
PREVENTIVE MEDICINE

DR. DANIEL SEIJAS B. (1)

1. PROGRAMA DE TABACO, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA. CLÍNICA LAS CONDES.

Email:  
dseijas@clc.cl

## RESUMEN

*En el presente artículo se revisan aspectos epidemiológicos sobre el tabaquismo, mostrándolo como la enfermedad o causa de muerte más evitable en el mundo al día de hoy.*

*Dada esta situación se plantea la importancia de la intervención médica en medicina preventiva, mostrando su efectividad por sobre otras aproximaciones alternativas. Se analizan las razones y limitaciones por las que los médicos no aplican estrategias de intervención antitabaco, incluyendo el hecho de que un porcentaje importante de los médicos fuma. Asimismo, se muestran las dificultades que pueden enfrentar los médicos al hacer una intervención, a la vez que se explican en detalle las intervenciones de las 5 A's y el ABCD de dejar de fumar, resaltando que todo fumador es un paciente objetivo y que todo médico puede tratar fumadores.*

*Un punto importante que destaca este artículo es la comorbilidad psiquiátrica de los fumadores particularmente con depresión; y entrega herramientas como la entrevista de Goldberg 12 (GHQ) para ser utilizado como screening o*

*tamizaje y así mejorar el sistema de triage y derivación cuando corresponde.*

*Un último punto no menos importante es tocar el tema del fumar pasivo por el humo de terceras personas, se entregan datos acerca de su importancia y cómo intervenir con los pacientes.*

*Palabras clave: Cesación de fumar, intervenciones de las 5'As, comorbilidad psiquiátrica, tamizaje salud mental, prevención fumador pasivo.*

## SUMMARY

*In the present article epidemiological aspects of Tobacco are being reviewed, showing it as a disease or the most avoidable cause of death in the world today.*

*Under this predicament the importance of a medical intervention in preventive medicine is emphasized, showing its effectiveness upon other alternatives nonmedical approaches.*

*We analyze the reasons and limitations why physicians do not apply such strategies of antitobacco interventions, including the fact that an important percentage of the physicians themselves smoke.*

*We show the difficulties that doctors may find in facing smokers, and correspondingly explain in details interventions like the 5 A's or the Latin-American ABCD for stopping smoking, reinforcing the fact that every smoker is a target patient and that every doctor can treat smokers.*

*An important point highlighted in this article is psychiatric comorbidity between smokers particularly with depression, and we share some tools like GHQ 12 Goldberg test in order to be used as a screening tool for an adequate triage of the patients or referral when necessary.*

*A last but not least issue is the importance of discussing the problem of passive smoking both for the patient and the family, data is shared on its relevance and a few tools in how to intervene with the patients.*

*Key words: Smoking cessation 5As medical intervention, psychiatric co-morbidity, screening for mental health, passive smoking prevention.*

## INTRODUCCIÓN

### Epidemiología

La OMS considera que en el mundo, cerca de 1100 millones de personas son fumadoras, siendo mayor el porcentaje de hombres (47%), que el de mujeres (12%) (1). En el mundo, un 29% de la población fuma, mientras que en las Américas el promedio bordea el 30%. En Chile éste es de un 42,5%.

En Chile más de la mitad de las defunciones anuales se producen por causas relacionadas con el tabaco, y en más de un 7% de éstas, la causa fue directamente atribuible al tabaquismo. Los fumadores usan un 50% más de los servicios médicos que los no fumadores, aumentando los costos de la salud tanto para el Estado, Isapres y el mismo individuo.

Los estudios nacionales indican que el inicio del consumo es a edades cada vez más tempranas. A pesar de que las mujeres se han incorporado al consumo del tabaco después que los hombres, mientras que éstos han disminuido su prevalencia, entre las mujeres se aprecia un aumento del consumo, acortándose la brecha histórica que separaba a ambos sexos. Entre 1984 y 2004 se produjo un aumento de 5 puntos porcentuales en el consumo de cigarrillos de las mujeres. De los casi 10 puntos porcentuales que diferenciaban la declaración de consumo de cigarrillos, entre hombres y mujeres en 1998, en seis años esta diferencia se ha reducido a menos de la mitad (1).

El consumo de tabaco ha causado un aumento considerable de las

muerres por cáncer de pulmón, en especial entre mujeres en las últimas décadas.

Un 40% - 50% de los chilenos fuma, habiendo aumentado en forma proporcional el número de mujeres que fuma. De éstos, una gran mayoría lo hace con dependencia. Además, sólo un porcentaje de entre un 10%-15% se declara como ex fumador.

El consumo de tabaco ha causado un aumento considerable en la mortalidad por cáncer de pulmón en Chile entre las décadas de los 60 y 80. Lo que más preocupa es el aumento en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres en comparación con los hombres.

Si bien cuantiosos esfuerzos y fondos se han comprometido por años en prevenir el inicio del consumo, la realidad es que aún se está muy lejos de poder incidir en la curva de aumento del consumo. Por ello los esfuerzos en lograr ayudar a las personas a dejar de fumar se hacen imperiosos, sobre todo en nuestro país.

Un 90% de los fumadores intenta dejar cada año sin ayuda y de ellos un 33% deja 1-2 días, mientras que sólo un 3% -5% dura un año sin fumar.

Esta situación acerca de la ayuda médica y los resultados cobra relevancia toda vez que existen en el medio chileno algunos tratamientos muy apoyados por marketing publicitario que aun no logran demostrar utilidad científicamente, pero que sin embargo se muestran como alternativas mágicas. Es cierto que dado la gravedad de la epidemia de nuestro país cualquier intervención que genere algún resultado es siempre bienvenida, sin embargo las intervenciones médicas, por pequeño que sea el resultado, producen un impacto mayor cuantificable como veremos más adelante en este artículo.

### Aspectos clínicos

Para los aspectos clínicos (farmacológicos y terapéuticos) del tratamiento para dejar de fumar y con el objetivo de evitar repeticiones innecesarias, remito a los colegas lectores a nuestro anterior artículo de la Revista Médica de Clínica Las Condes (1). Ahora bien, la aplicación clínica del conocimiento médico de la dependencia de nicotina se enfrenta con situaciones como las siguientes, en que la práctica clínica y la buena práctica clínica se distancian ampliamente:

## HAY UNA GRAN DISTANCIA ENTRE LA PRÁCTICA HABITUAL Y LA BUENA PRÁCTICA CLÍNICA. ¿SERÍAN POSIBLES ESTOS ESCENARIOS?

### 1. Hombre de 42 años se presenta con síntomas de angina

- No se le toma la PA
- Se toma la PA pero no se registra
- PA 180/110, se registra pero no se hace nada más
- PA 180/110, se le pide al paciente que pida hora cuando esté preparado para tomar antihipertensivos
- Se prescribe antihipertensivo, pero PA no se rechequea
- PA esta en rechequeo, pero sin otro agente prescrito

## HAY UNA GRAN DISTANCIA ENTRE LA PRÁCTICA HABITUAL Y LA BUENA PRÁCTICA CLÍNICA. ¿SERIAN POSIBLES ESTOS ESCENARIOS?

### 2. Hombre de 42 años se presenta con síntomas de angina

- No se le pregunta si fuma
- Se pregunta, pero no se registra
- Registrado como fumador pero no se toma otra acción
- Fumador es motivado a pedir hora cuando sienta que está listo para dejar de fumar
- Se ofrece apoyo para dejar de fumar pero sin apoyo posterior
- Se efectuó tratamiento, paciente recae pero no se ofrecen tratamientos alternativos.

Esta situación planteada lejos de ser una fantasía constituye una conducta habitual tanto a nivel primario de atención como en consultas privadas e incluso en las hospitalizaciones.

Es por ello que nuestra conducta clínica profesional, para que constituya una buena práctica clínica debe contemplar y poner en práctica principios semiológicos, propedéuticos y terapéuticos similares al resto de las enfermedades clínicas. Sin embargo en el enfrentamiento médico nos encontramos con un variado panorama al respecto:

• Muchos médicos y profesionales de la salud fuman. Datos nacionales y coincidentes de otros países del cono sur muestran que aprox. un 30% de los médicos fuma. Varias investigaciones muestran que estos médicos que fuman hacen menos intervenciones para dejar de fumar en sus pacientes, por ende es perentorio lograr que los médicos dejen de fumar (4).

• “Es común observar que psiquiatras generales, así como clínicos especializados en trastornos mentales específicos, no diagnostiquen un Abuso y/o Dependencia de Sustancias concomitante y en el caso de ser diagnosticado muchas veces no recibe un tratamiento adecuado (3)”. Esto es mayor aun en el caso de nicotina, donde a veces incluso se contraindica dejar de fumar.

• También es frecuente que otros especialistas en medicina no detecten o no manejen bien otros cuadros psiquiátricos mayores (4). Lo más frecuente es que no manejen cómo tratar la depresión u otras comorbilidades.

• “Cardiólogos subvaloran el fumar como factor de riesgo para enfermedad CV comparado con hipertensión e hiperlipidemias y la falta de atención a la cesación de fumar en atención primaria y de especialidad es preocupante ya que con sólo dejar de fumar se revierte el riesgo CV” (2).

• Tratar la dependencia no es solo cesación de fumar, así como tratar la depresión no es sólo lograr respuesta antidepressiva inicial.

## LA FORMA TRADICIONAL

Sin apoyo (edad 22)

Libro de autoayuda

Hipnosis, Laser, etc.

Chicles de nicotina OTC

Ver Dr (ABC)

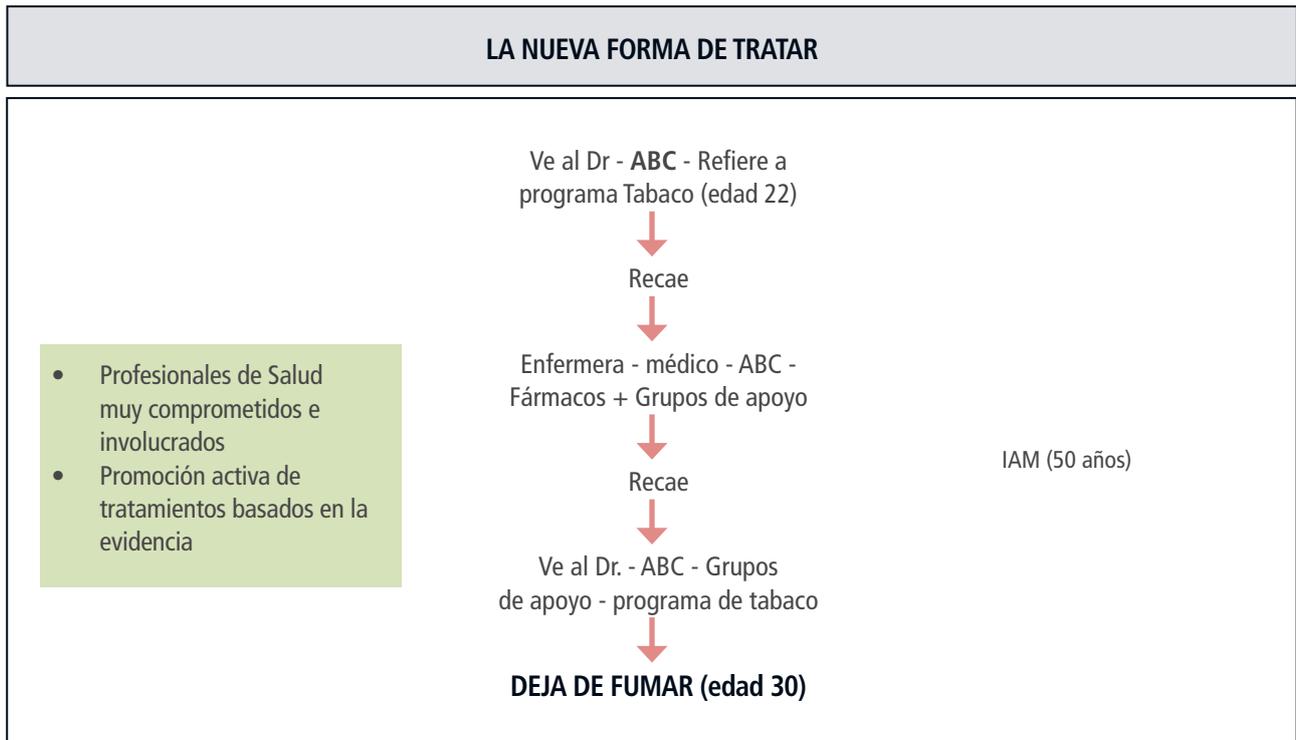
TRN más apoyo

**DEJA DE FUMAR (edad 55)**

- Fumadores no saben o no ven necesidad de tratamiento
- Profesionales de salud no totalmente comprometidos

**Problema?**

I.A.M. (edad 50)



*Adapted from a presentation by John Hughes. UKNSCC 2007.*

Tradicionalmente hemos adoptado en torno al tabaco una aproximación liviana a lo más y que en la evolución de la enfermedad demuestra poco éxito como lo muestra la diapositiva, si es que nuestra meta es evitar las complicaciones y/o muertes asociadas al tabaco (8).

Así vemos que a pesar de que el paciente puede estar expuesto a ciertas intervenciones a lo largo de la vida, desde el punto de vista clínico y epidemiológico no logra prevenir la enfermedad ni sus complicaciones.

La nueva forma de tratar propuesta implica un camino de diagnóstico e intervención precoz, como lo ha demostrado la medicina en el enfrentamiento efectivo de un sinnúmero de enfermedades infecciosas, cancerosas y de variada índole.

**¿Cuándo dejamos de lado el tema de fumar?**

El camino recorrido por el paciente en estas dos diapositivas no es antojadizo, sino que responde entre otras causas a dificultades de los médicos para sentirse capacitados o con las herramientas necesarias. Así, más frecuentemente comenzamos a ver esta enfermedad adictiva como si el fumar fuera un estilo de vida o elección personal. Si además agregamos la creencia de que los tratamientos para dejar de fumar no funcionan, o que no tenemos tiempo para ello, que creemos que no sabemos lo suficiente o que nos faltan destrezas o herramientas, el resultado es que las intervenciones se hacen con baja frecuencia y por ende no funcionan.

Un tema no menor ocurre además cuando tememos ofender a nuestros pacientes al ofrecer tratamiento para dejar de fumar, como si ofrecerle un hipolipemiente o antihipertensivo pudiera también ofender al paciente.

Donde sí sabemos que hace diferencia es en el tema de los médicos fumadores, pues se correlaciona con claro menor nivel de intervención antitabaco en sus pacientes y por ende menor efectividad. Por ello que las alternativas terapéuticas deben estar disponibles para los colegas también, pero el apoyo a nuestros colegas a que dejen de fumar es de gran ayuda entre los pares.

El impacto que se puede tener como médico, como lo mostramos en nuestro artículo anterior, es superior al de muchos tratamientos ofrecidos hoy en Chile (hipnosis, laserterapia, acupuntura) por no médicos (1), en la medida que se sigan ciertos principios terapéuticos.

**FUNDAMENTOS BÁSICOS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA**

Consideramos que existen ciertos conceptos básicos que debemos tener en cuenta en el entrenamiento a los médicos:

**1. El fumador es un enfermo que debe ser tratado y debe ser seguido como cualquier otra enfermedad**

En ese sentido la idea es considerar al tabaquismo como una enfermedad crónica que requiere un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento como lo tiene cualquier factor de riesgo o cualquier enfer-

medad. Incorporando este concepto resulta más fácil entender cuáles son los requisitos mínimos de intervención.

**2. Cualquier médico puede tratar a un fumador**

Pareciera ser que el tratamiento de un paciente fumador que quiere dejar de fumar implica complejos mecanismos y conocimientos profundos de metodologías de cambio. Eso no es así. Cualquier médico mínimamente entrenado en el tema puede tratar a un fumador y ayudarlo a dejar de fumar. La consulta médica es una oportunidad para abordar a un fumador, generar conciencia y ofrecer alternativas.

**3. El grado de involucramiento para tratar un fumador tiene requisitos mínimos**

Cuando iniciamos un tratamiento de cualquier "enfermedad", nos planteamos objetivos claros y herramientas para lograrlo. En el caso del tabaco, siempre el objetivo es el abandono (inmediato o a corto plazo, no mantención), pero las herramientas son múltiples. Existen algunas herramientas básicas y fundamentales que todo médico debería usar para ayudar a un fumador.

**4. Puedo decidir como médico hasta donde actuar**

Todo médico tiene un rol con su paciente y tiene una capacidad de tratar al paciente. Cuando esta destreza es superada, se refiere a la especialidad. Asimismo contempla un tiempo adecuado para su consulta y muchas veces incorporar nuevas "obligaciones" o tareas afectan su práctica diaria. Es por eso que el médico puede decidir utilizar las

herramientas básicas o seguir profundizando en el tratamiento. Incluso puede decidir no tratar a un fumador si su experiencia o medios disponibles para intervenir no son suficientes, pero sí referirlo a especialistas o centros médicos especializados en el tema.

**5. Todo fumador es un paciente objetivo**

En nuestro artículo anterior vimos cómo considerar las etapas del proceso de cambio para seleccionar pacientes para dejar de fumar, a saber (9):

- Precontemplación
- Contemplación
- Decisión
- Acción
- Mantención

Así revisamos las etapas de intervención y algunas técnicas básicas.

De acuerdo al nivel de motivación seleccionamos el tipo de intervención a realizar, siendo las etapas de contemplación y en las que los pacientes están más proclives a recibir ayuda. Para simplificar las intervenciones consideramos las recomendaciones latinoamericanas para el tratamiento del tabaquismo (10), que dividen los pacientes entre los que no están preparados para dejar de fumar, los que aun no han tomado la decisión pero se pueden motivar y los motivados a dejar de fumar. El sinnúmero de intervenciones existentes se describen a continuación.



Prochaska JO, DiClemente CC. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-5.

Las estrategias no farmacológicas para dejar de fumar pueden ser clasificadas de acuerdo al escenario de acción, sea este el campo personal o desde el punto de vista salud pública.

Grado de motivación	Etapas de cambio*
No preparados	Precontemplación
Preparables	Contemplación
Preparados	Preparación
Preparados	Acción
Mantenimiento	
Recaída	

\*Etapas de cambio. Hace referencia al modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente que describe el proceso de cambio de conducta

### Acciones no farmacológicas a nivel personal

Las principales acciones son: la intervención individual y de grupo; materiales de auto ayuda; terapia conductual; asesoría telefónica y programas de ejercicio (Tabla 1).

La intervención individual abarca un rango de acciones que van desde el consejo breve para dejar de fumar, llevado a cabo por personal médico o de salud de nivel primario, hasta las terapias cognitivas - conductuales que son administrados por personal entrenado para este fin (1, 10).

### Intervención Breve

La intervención individual más básica es también conocida como Consejo Médico Breve o Intervención Mínima. Se trata de una actividad llevada a cabo por el personal médico generalmente durante el curso de una consulta médica por otra causa. Consiste en una o más sesiones de 10 minutos o menos de duración, en la que se pregunta sobre el status de tabaquismo, se aconseja sobre los daños a la salud del tabaquismo, los beneficios en la salud para dejar de fumar, la intención sobre dejar de fumar que tiene el paciente, se asiste al individuo desde el punto de vista terapéutico y se asigna un seguimiento por este fin.

A este conjunto de medidas, se les conoce con "Las 5 A" inicialmente derivado del inglés, como se conoce en algunos países, pero ya adaptado al castellano. En la Tabla 2 se expone esta técnica en forma sencilla de recordar, aspecto que será retomado en detalle posteriormente.

El escenario ideal para esta intervención es durante el curso de una consulta médica general, donde el paciente es particularmente permeable al consejo médico. Como se verá posteriormente, todo el personal de salud está llamado a realizar el Consejo Médico Breve. Las terapias Cognitivas (por ej, que ayudan a reducir estados de ánimo o asociar el fumar al síndrome por abstinencia), Conductuales (cambiar hábitos, evitar situaciones de riesgo para fumar, etc.) y Motivacionales (listar por qué es importante no fumar) probablemente sí pidan una formación en el personal, o al menos una estandarización de técnicas en aquel personal de salud interesado en adquirirlas.

**TABLA 1. EFICACIA DE LAS ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA DEJAR DE FUMAR**

Tratamiento no farmacológico	Eficacia grupo tratado (%)	Eficacia grupo control (%)	Razón Odds (Intervalo confianza 95%)
Intervención individual(1-3)*	12.7	8.9	1.56(1.32 – 1.84)
Intervención de grupo(4)	17.2	7.7	2.17(1.37 – 3.45)
Auto ayuda(5)	5.6	4.8	1.24(1.07 – 1.45)
Consejo telefónico(6,7)	10.5	7.5	1.41(1.27 – 1.57)
Programas de ejercicio(8,9)	ND	ND	2.36(0.97 – 5.70)

\* Incluye Intervención Breve.

**TABLA 2. ACCIONES A TOMAR EN LA INTERVENCIÓN BREVE. LAS 5 A**

		Acción a realizar
Averiguar	Ask	Preguntar si el paciente fuma
Aconsejar	Advice	Advertir al paciente los daños a la salud del tabaquismo
Apreciar – Evaluar	Assess	Considera el paciente dejar de fumar
Ayudar	Assist	Intervenir o derivar al paciente para atender su tabaquismo
Acordar	Arrange follow up	Dar seguimiento a la intervención

El Consejo Médico Breve ha mostrado ser efectivo en incrementar la probabilidad de dejar de fumar; el seguimiento del paciente ha traído más beneficios.

### **Intervención Individual (Intensiva)**

Se refiere aquí a las sesiones Cognitivas, Conductuales y Motivacionales, principalmente. Los resultados de un meta-análisis con más de 7000 pacientes sugieren que el Consejo Individual aumentó significativamente la probabilidad de dejar de fumar comparado con el grupo control. OR 1.56 (IC 95% 1.32 - 1.84) Véase Tabla 1 (11). No obstante, no se encontró diferencia entre este tipo de intervención y el Consejo Médico Breve, el tiempo de intervención o la duración del mismo, a diferencia de lo sugerido por algunos paneles de expertos (11). La eficacia para dejar de fumar a un año fue de 13.4% si la intervención era de 3 minutos y de 16% si tenía una duración menor a 10 minutos.

### **Intervención Grupal**

Se reconocen diferentes modalidades de la terapia dirigida a grupos: educativa, consejo, apoyo para prevenir las recaídas, cognitiva, entre otras (12). La evidencia es contundente, la terapia grupal de al menos 4 semanas de duración y con seguimiento por 6 meses, es efectiva para dejar de fumar (OR 2.17; IC 95% 1.37 - 3.45) comparada con no hacer intervención alguna o con la auto intervención (OR 2.04; IC 95% 1.60 - 2.60).

No obstante la evidencia diverge cuando se compara la eficacia para dejar de fumar, al comparar la intervención grupal con la individual. Un meta-análisis que incluyó 55 estudios de investigación no encontró diferencia (12), en cambio otra evaluación, con menor rigor metodológico, evaluó diferentes intervenciones realizadas en 6959 pacientes del Reino Unido, favoreciendo marginalmente la intervención grupal (OR 1.38; IC 95% 1.09 - 1.76).

### **Programas de Ejercicio**

Los estudios clínicos han demostrado que diferentes programas de ejercicio, sea en asociación a otras intervenciones no farmacológicas, incrementa significativamente la abstinencia para dejar de fumar a 3 meses de seguimiento (11).

La evidencia disponible es muy divergente y solamente un estudio realizado en fumadoras ha sido contundente a favor del ejercicio. El trabajo de investigación en cuestión aleatorios 281 mujeres sea a una intervención cognitiva - conductual o bien a ejercicio supervisado, 3 sesiones/semana siendo los resultados de abstinencia definitivamente superiores a 1 año de evaluación (éxito en ejercicio 11.9% contra 5.4% terapia cognitiva - conductual.  $p = 0.05$ ).

El resto de los estudios clínicos tienen pocos individuos y al hacer el meta-análisis no tienen el mismo peso estadístico a favor del ejercicio. No obstante, el estudio de Marcus, hace promisoría esta intervención.

### **Programas de auto - ayuda**

Los materiales de auto - ayuda, disponibles en forma impresa o informatizada en las Instituciones para Dejar de fumar, o bien, las que utilizan el apoyo de Internet tienen un efecto modesto, pero positivo en favor de esta intervención (Véase Tabla 3) (11).

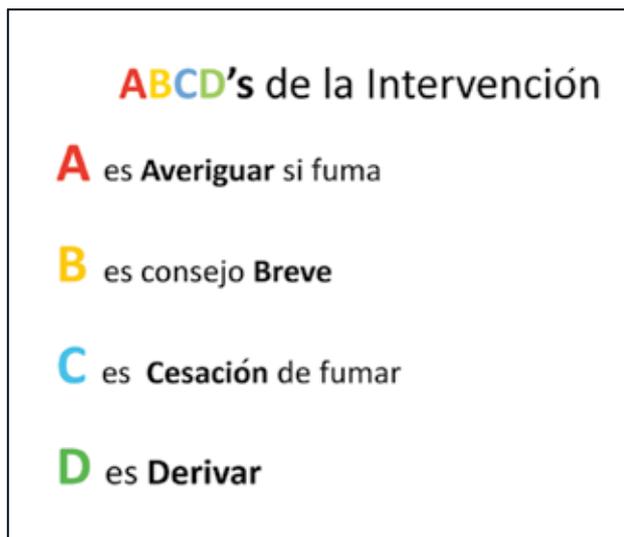
Algunos sitios de Internet para auto ayuda, disponibles para lengua hispana y/o inglesa se ofrecen en la Tabla 3.

La ventaja de este tipo de programas se basa en la posibilidad de dirigirse a una población amplia, en horarios accesibles para el usuario. Desde el punto de vista de Salud Pública, el potencial es atractivo; sin embargo, se estima que la eficacia depende, no sólo de la accesibilidad del usuario, todavía un punto importante que resolver en América Latina, sino también en la calidad y calidez con que la información es ofrecida. Un trabajo de investigación analizaba estos atributos en las guías del Departamento Servicios Humanos y de la Salud de los Estados Unidos en su versión 2004 (11), encontrando que a pesar que la información es muy completa, su grado de complejidad la hace de difícil acceso para el gran público.

Los resultados de este mismo trabajo sugieren que alrededor del 80% de los sitios Web para dejar de fumar, revisados en aquella época, tenían menos del 1% de los elementos claves a ser considerados en cualesquier ayuda interactiva.

**TABLA 3. SITIOS DE INTERNET DISPONIBLES PARA AUTO AYUDA EN DEJAR DE FUMAR**

Sitio web	Organización/país	Idioma	Dirigido a
www.smokerhelpline.ca	Sociedad Canadiense contra el Cáncer	Inglés/francés	Pacientes
www.smokefree.gov/	Estados Unidos	Español/inglés	Pacientes/Médicos
www.lungusa.org/tobacco	American Lung Association	Inglés/español	Pacientes/Médicos
www.stop-tabac.ch	Universidad de Ginebra	multilingüístico	Pacientes
www.ashline.org	Estados Unidos	Inglés	Pacientes
www.olx.pt/q/parar-de-fumar/c-199	Portugal	Portugués	Pacientes
www.vivirsinfumar.com/	Argentina	Español	Pacientes
www.sinfumar.com	México	Español	Pacientes



Un programa de intervención por Internet evaluada con resultados a corto plazo, que contenía estrategias cognitivas - conductuales en forma de módulos, la tasa de éxito a tres meses fue del 18%.

#### ¿Cuáles trabajadores de Salud pueden realizar las Intervenciones?

Todos los trabajadores de salud son llamados a realizar los esfuerzos a su alcance para realizar las intervenciones en aquellos pacientes que buscan dejar de fumar, motivando a aquellos que aún no están motivados, aconsejando sobre los daños a la salud del tabaquismo y estimulando a los que están en el proceso de dejar de fumar.

Médicos, enfermeras, odontólogos u otros profesionales de salud pueden llevar a cabo estas intervenciones. Los médicos de medicina preventiva y atención primaria estarían en una posición ideal para intervenir en los pacientes con diferentes grados de motivación y adicción, recomendación sugerida por la mayor parte de consensos mundiales. (7). En el primer nivel de atención, el paciente consulta generalmente por causas diferentes al tabaquismo. El médico de este nivel podría realizar las intervenciones a su alcance analizadas en este texto.

Los resultados de un meta-análisis que incluyó 37 trabajos de investigación sobre intervención personal breve para dejar de fumar, realizado por médicos, enfermeras, dentistas o trabajadores de salud sugiere que cualquiera de ellos aumenta significativamente la abstinencia para dejar de fumar en los pacientes (13). El más efectivo de estos grupos fue el médico, probablemente por las características de atención ya discutidas en el párrafo anterior. Todavía existe un reto importante al tratar de involucrar a cada vez más médicos en este fin. En un estudio realizado con médicos generales en la Ciudad de México, se encontró que el 84% de ellos pregunta sobre el tabaquismo de sus pacientes, pero sólo el 8% realiza alguna de las intervenciones para tratarlos.

Los (as) Trabajadores(as) Sociales también tienen una clara acción al recomendar tratamiento adicional, tanto a individuos fumadores hospitalizados por otra causa, como a aquellos que buscan las clínicas para dejar de fumar y que pudieran requerir de información adicional, tales como programas de autoayuda, líneas telefónicas o programas de Internet. Los pacientes apoyados por Trabajadores Sociales tuvieron una tasa de éxito superior a los que no lo tuvieron, OR 1.5; IC95% (1.1 - 2.1) (14).

#### ETAPAS DEL CAMBIO EN LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE CIGARROS

Este consejo-entrevista motivacional debe tener las siguientes características:

- a. Claro:** Evitar tecnicismos.
- b. Positivo:** Hacer reflexionar al fumador para que adopte conductas saludables.
- c. Personalizado:** Según las características de cada paciente.
- d. Motivador:** Promoviendo el cambio, informando de las ventajas, explorando los motivos y fortaleciendo la autoestima y capacidad para conseguirlo.
- e. Breve:** El consejo se transmite durante un período de 2 ó 3 minutos y se repite cada 6 meses, aproximadamente, para alcanzar toda su eficacia.

#### Algunos ejemplos de consejos se muestran a continuación:

- a.** "Creo que es importante para su salud que deje de fumar ahora y yo puedo ayudarlo".
- b.** "Usted probablemente conoce sobre los riesgos de fumar, pero yo no puedo dejar de decirlo lo importante que es dejar de fumar. Es lo mejor que usted puede hacer para mejorar su salud".
- c.** "Lo mejor que usted puede hacer para su salud es dejar de fumar y yo le aconsejaría que lo hiciera lo más pronto posible".
- d.** "Como su médico tengo la obligación de decirle que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro".
- e.** Si es un adolescente "Tener los dedos y los dientes amarillos nos es nada atractivo" o "Besar a un fumador es como besar a un cenicero".
- f.** Si es una mujer embarazada "Si fuma, su hijo tiene altas posibilidades de tener problemas al nacer y mayor riesgo de presentar complicaciones".
- g.** Si es padre de familia "Si fuma, las posibilidades de que su hijo sea fumador son muy altas ¿Le gustaría que su hijo fumara?"

#### Evaluar la disposición del paciente para hacer un intento serio de abandono y la dependencia de la nicotina

En función de la disposición del paciente se debe programar una ayuda concreta (1,5-11). La probabilidad de que un fumador consiga dejar de fumar es una combinación de su nivel de dependencia y motivación.

Algunos ejemplos de preguntas para evaluar la disposición del paciente a dejar son:

- ¿Quiere dejar de fumar por su salud? Si/No
- ¿Está usted interesado en hacer un intento serio de dejar de fumar en los próximos 30 días? Si/No
- ¿Está usted interesado en recibir ayuda para dejar de fumar? Si/No

#### Evaluación de la disposición del paciente para hacer un intento serio de abandono

**a. Si el paciente manifiesta claramente que no quiere dejar de fumar,** habrá que realizar una entrevista motivacional: ofrecer apoyo y poner de manifiesto los daños asociados al consumo de tabaco, las ventajas de no consumir tabaco y los beneficios de su abandono.

**b. Si el paciente no tiene claro que hacer,** ofrecerle ayuda y la posibilidad de un tratamiento.

**c. Si el paciente está dispuesto a intentarlo,** además de ofrecer ayuda hay que realizar una oferta terapéutica concreta y pasamos a la fase de tratamiento.

#### Evaluación de la dependencia nicotínica

Algunas herramientas y ejemplos de preguntas para diagnosticar el nivel de dependencia son:

- ¿Encuentra usted difícil no fumar en situaciones en que normalmente lo haría?
- ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar permanentemente en el pasado y consideró que no puede hacerlo?

**d.** Otra forma de investigar la dependencia es el **Test de FAGERSTRÖM (16)**. El uso sólo de las preguntas 1 y 4 de este test proporcionan una buena información del nivel de dependencia. Una puntuación en este test menor o igual a 4 indica baja dependencia de la nicotina, valores entre 5 y 6 dependencia media y una puntuación igual o superior a 7 alta dependencia de la nicotina. Fumar en los primeros 30 minutos siguientes a levantarse o fumar más de 15 cigarrillos por día son marcadores de alta dependencia nicotínica (22).

### Impacto real: Pasos claves para la cesación

Ud. aconseja **un solo fumador cada día** para dejar de fumar (tiempo usado = 30 segundos).

- Luego de 40 días le habría tomado **20 minutos** de su tiempo, pero uno de esos 40 pacientes va a dejar de fumar en el largo plazo.
- Luego de 1 año Ud. habrá **ayudado a seis personas a dejar de fumar**, usando sólo 2 horas de su tiempo.
- Considere que invirtiendo **dos horas de su tiempo por año**, Ud. ha **salvado al menos tres vidas ese año.**

### CUADRO 2. CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA (FAGERSTRÖM) (16)

<b>1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?</b>	
Menos de 15	0
De 15 a 25	1
Más de 25	2
<b>2.- ¿Cuán pronto, después de levantarse, fuma usted su primer cigarrillo?</b>	
Antes de media hora	2
Media a una hora	1
Más de una hora	0
<b>3.- ¿Aspira usted el humo?</b>	
Nunca	0
A veces	1
Siempre	2
<b>4.- ¿Qué marca de cigarrillos fuma?, ¿cuál es la tasa de nicotina de sus cigarrillos?</b>	
Menos de 0,8 mgr.	0
0,8 - 1,5 mgr.	1
Mayor a 1,5 mgr.	2
<b>5.- ¿El intervalo entre un cigarrillo y otro es menor en la mañana que en la tarde?</b>	
Si	1
No	0
<b>6.- ¿Cuál es el cigarrillo que usted considera más importante?</b>	
El primero	1
Otro	0
<b>7.- ¿Usted fuma incluso cuando una enfermedad lo obliga a quedarse en cama?</b>	
Si	1
No	0
<b>8.- ¿Es difícil para usted no poder fumar en lugares donde está prohibido?</b>	
Si	1
No	0

#### PUNTAJE FAGERSTRÖM

## SALUD MENTAL Y FUMAR

Diversas investigaciones han mostrado que pacientes con depresión mayor, distimia, agorafobia y alcoholismo tenían un riesgo de 1.6 a 4.7 veces de fumar que las personas sin trastornos mentales (17). Además, personas con trastornos mentales tienen más del doble de posibilidades de fumar, pero tienen menores niveles de éxito en dejar de fumar (18).

Si bien las asociaciones antes planteadas son claras, no es menos cierto que el diagnóstico de depresión a veces se torna muy difícil. De inicio a veces tan precoz como el fumar, ergo difícil la relación histórica. Los pacientes con depresión fuman más que los sin historia de depresión y existe mayor relación con los grandes fumadores de más de 20 a 40 al día.

También son más frecuentes el inicio de fumar, recaídas y aumentos del fumar en periodos de stress y depresión, mientras que los pacientes con episodios recurrentes de depresión tienen los índices más altos de fumadores.

Hay estudios que sugieren que la aparición de depresión en adolescencia predice fumar excesivo en adultez y un inicio precoz del fumar sería fuerte predictor de conductas adolescentes de alto riesgo (drogas, violencia, etc.).

Fumadores reportan más síntomas depresivos que los no fumadores, episodios más frecuentes y severos de depresión, más ideación suicida, y mayores tasas de suicidio. Se plantea una relación dosis dependiente entre fumar y depresión.

También es importante considerar que los pacientes con depresión, historia familiar de depresión, alcohol y otras drogas tienden a presentar mayores síntomas de privación. Esto se ve en abusadores de alcohol, marihuana y otras drogas, por lo que uno debe plantear una desintoxicación previa a dejar de fumar para lograr mayor éxito y evitar la confusión de los síntomas de privación con los del abuso o retirada de alcohol y otras drogas, incluyendo marihuana.

La evaluación correcta y precisa del paciente requiere tener una idea rápida de si al momento de la consulta presenta o padece de algún trastorno de salud mental, que hace necesario tratar antes o concomitantemente al dejar de fumar. Esto contempla investigar una historia psiquiátrica, que está lejos de ser deseable en la medicina preventiva tanto por el tiempo que eso conlleva y la experiencia que requiere.

Hay estudios que han validado en Chile y el extranjero el uso de escalas breves de screening o tamizaje, que permiten hacer un triage adecuado para estos efectos. Así el General Health Questionnaire de Goldberg GHQ 12 (6) ha sido estandarizado para poblaciones chilenas, permitiendo aplicarlos como una forma de evaluar la posibilidad de que el paciente presente síntomas de problemas de salud mental, desde estrés, trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares, entre otros. Esta herra-

mienta permite al médico general o incluso especialista de otras disciplinas (respiratorio, cardiólogo, etc.) hacer un diagnóstico presuntivo precoz, y de acuerdo a la recursos existentes derivar a especialista para un trabajo conjunto o una derivación a una unidad especializada.

En el Goldberg la puntuación es fácil pues si el paciente responde alguna de las dos alternativas superiores (no en lo absoluto, no más que lo habitual) el puntaje es cero. Si en cambio responde algún de las dos de abajo el puntaje es uno en esa pregunta. Todo puntaje de 4 ó mayor hace presumir la existencia de un problema de salud mental, pero no hace diagnóstico, por lo cual abre la ventana de explorar el caso o derivarlo dependiendo del medico tratante (6).

### ¿Cuándo realizar una Derivación?

- Cuando el paciente ha tenido recaídas múltiples, cuando por recarga laboral no da el tiempo para hacer intervención más específicas o especializadas.
- Cuando no nos sentimos con las herramientas o apoyos necesarios para tratarlo solos o no nos sentimos cómodos con el paciente (contra-transferencia: el paciente difícil, etc.).
- En el caso de los grandes fumadores de 30 ó 40 cigarrillos, su tratamiento y desintoxicación tiende a ser más complicado y debe descartarse una patología de salud mental encubierta.
- Para precisar Diagnóstico de Dependencia o Abuso de otras sustancias (alcohol, marihuana, etc.) que no siempre reconocen los pacientes, pero algunos admiten que cuando toman los fines semana fuman más.
- Como hemos visto también se recomienda derivar para intentar una Intervención Intensiva especializada y sistematizada en el largo plazo.
- Para diagnosticar y tratar Comorbilidad (Depresión, Ansiedad, Stress) con síntomas de ansiedad, stress, depresión (todo paciente con Goldberg = 0 >4)
- Para tratar y educar en conjunto al paciente hospitalizado por otra causa.
- Para ofrecer apoyo en la prevención de recaídas en el paciente que hemos ayudado a dejar de fumar y requiere algún tipo de apoyo especializado.

Una vez que los pacientes han dejado de fumar nuestro objetivo y meta es ayudarlos a no recaer en fumar, por ello debemos considerar conceptos a traspasar e inculcar en los pacientes.

No es posible fumar un cigarrillo cada tanto cuando han tenido una dependencia de nicotina, por ello siempre "deben evitar de fumar el primer cigarrillo", pues los otros cigarrillos "vienen solos después del primero".

Exponerse al humo del cigarrillo es uno de los factores de riesgo más importantes para volver a fumar.

El tratamiento y control adecuado de las depresiones disminuyen ostensiblemente el riesgo de volver a fumar.

Si bien aquí nos hemos dedicado a examinar el tema del fumador acti-

## CUESTIONARIO DE SALUD (GOLDBERG)

¿COMO ESTA SU SALUD? BIEN  REGULAR  MAL

¿HA DEJADO DE TRABAJAR O ACTIVIDADES POR MOTIVOS DE SALUD? SI  NO

A continuación quisieramos saber si usted ha tenido algún problema médico y como ha estado su salud en general en las semanas. Por favor responda todas las preguntas simplemente marcando el cuadro de la respuesta que cree que corresponda al caso.

1.- ¿RECIENTEMENTE HA DEJADO DE DORMIR POR PREOCUPACIONES?

- NO EN ABSOLUTO  
 NO MAS QUE LO HABITUAL  
 UN POCO MAS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MAS QUE LO HABITUAL

2.- ¿SE HA SENTIDO CONSTANTEMENTE TENSO (A)?

- NO EN ABSOLUTO  
 NO MAS QUE LO HABITUAL  
 UN POCO MAS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MAS QUE LO HABITUAL

3.- ¿HA PODIDO CONCENTRARSE BIEN EN LO QUE HACE?

- MEJOR QUE LO HABITUAL  
 IGUAL QUE SIEMPRE  
 MENOS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL

4.- ¿HA SENTIDO QUE USTED ES IMPORTANTE EN LOS ACONTECIMIENTOS DE SU VIDA DIARIA?

- MAS QUE LO HABITUAL  
 IGUAL QUE SIEMPRE  
 MENOS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL

5.- ¿HA SIDO CAPAZ DE ENFRENTAR SUS PROBLEMAS?

- MAS QUE LO HABITUAL  
 IGUAL QUE SIEMPRE  
 MENOS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL

6.- ¿SE HA SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?

- MAS QUE LO HABITUAL  
 IGUAL QUE SIEMPRE  
 MENOS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL

7.- ¿HA SENTIDO QUE USTED NO PUEDE RESOLVER SUS DIFICULTADES'?

- NO EN ABSOLUTO  
 NO MAS QUE LO HABITUAL  
 UN POCO MAS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MAS QUE LO HABITUAL

8.- ¿SE HA SENTIDO RAZONABLEMENTE FELIZ, CONSIDERANDO TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS?

- MAS QUE LO HABITUAL  
 IGUAL QUE SIEMPRE  
 MENOS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL

9.- ¿HA DISFRUTADO DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS?

- MAS QUE LO HABITUAL  
 IGUAL QUE SIEMPRE  
 MENOS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL

10.- ¿SE HA SENTIDO TRISTE Y DEPRIMIDO?

- NO EN ABSOLUTO  
 NO MAS QUE LO HABITUAL  
 UN POCO MAS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MAS QUE LO HABITUAL

11.- ¿HA PERDIDO CONFIANZA EN SI MISMO?

- NO EN ABSOLUTO  
 NO MAS QUE LO HABITUAL  
 UN POCO MAS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MAS QUE LO HABITUAL

12.- ¿HA PENSADO QUE USTED NO VALE NADA?

- NO EN ABSOLUTO  
 NO MAS QUE LO HABITUAL  
 UN POCO MAS QUE LO HABITUAL  
 MUCHO MAS QUE LO HABITUAL

PUNTAJE TOTAL GOLDBERG

--	--

vo, no es menos cierto ni menos importante considerar el del fumador pasivo.

### **Intervención en el fumador pasivo**

La combustión del tabaco origina dos tipos de humo:

*Corriente principal (CP):* exhalada directamente por la persona que fuma.

*Corriente lateral o secundaria (CS):* originada por el cigarrillo al consumirse de forma espontánea. Gran parte del humo que inhala el fumador pasivo es generado por la CS (75%). Esta corriente es más tóxica porque tiene una concentración de determinados componentes (nicotina, monóxido de carbono, nitrosaminas, benzo(a)pireno, sustancias oxidantes) muy superior a la de la CP y el tamaño de sus partículas es menor, por lo que alcanza regiones más profundas del sistema broncopulmonar.

### **EFFECTOS DEL TABAQUISMO PASIVO SOBRE LA SALUD (19)**

El tabaquismo pasivo es la tercera causa de muerte evitable. El humo del tabaco es un carcinógeno del grupo 1 (reservado para sustancias para las que no existe un umbral seguro de exposición).

Hay evidencia concluyente de la relación del tabaquismo pasivo con:

- Enfermedades respiratorias agudas.
- Síntomas respiratorios crónicos.
- Asma y agravamiento de los síntomas asmáticos en niños y adultos.
- Enfermedades agudas y crónicas del oído medio.
- Morbilidad y mortalidad por enfermedad isquémica coronaria.
- Cáncer de pulmón, de senos nasales y de mama.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.

### **Abordaje**

Primero preguntar por el nivel de exposición al aire contaminado por el humo del tabaco fuera y dentro del hogar a toda persona que se visita (al abrir una historia clínica y en respuesta a problemas relacionados), sin límite de edad y como parte de las actividades preventivas habituales.

### **Para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo (20)**

Determinación del grado de exposición actual al aire contaminado por el humo del tabaco.

1. ¿Cuánto tiempo de promedio diario acostumbra a estar en ambientes cerrados con humo de tabaco, fuera de casa?

- Nunca
- Menos de 1 h.
- Entre 1 y 4 h. Más de 4 h.
- Un día entre semana
- Un día de fin de semana

2. ¿Cuántas personas fuman habitualmente dentro de su casa (sin tener en cuenta que fumen en balcones, terrazas, ni galerías), entre las personas que viven y/o visitan su domicilio frecuentemente? \_\_\_\_\_ personas.

3. Número de cigarrillos (en total) que fuman al día dentro de su casa: \_\_\_cigarrillos.

4. Evaluar qué sabe sobre el efecto del tabaco pasivo e informar de forma personalizada de sus efectos sobre la salud.

5. Aconsejar para evitar la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco:

Explorar alternativas y proponer sugerencias para hacer cambios.

Apoyar cualquier esfuerzo para realizar cambios en relación con la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco y comentar los problemas que pueden surgir en esos cambios.

### **CONSEJOS PARA PREVENIR EL TABAQUISMO PASIVO**

Evitar siempre y en cualquier circunstancia estar expuestos al humo del tabaco en casa, en el auto, en casa de familiares y amigos y en lugares públicos.

Si va a fumar siempre fuera de casa y si se hace en un balcón o en una galería, cerrar completamente la puerta de acceso a la vivienda.

No existe ningún dispositivo que elimine el humo del tabaco ni sus productos tóxicos del ambiente.

La infancia es la principal perjudicada ya que los niños no pueden evitar voluntariamente la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco.

Siempre que se pueda, escoger ambientes libres de humo cuando se esté fuera del hogar.

Tan sólo un entorno libre del humo del tabaco al 100% puede protegerle a usted, a sus hijos y a su familia de los graves problemas que causa el aire contaminado por el humo del tabaco.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seijas, D. Tabaquismo Rev. Méd. Clín. Condes, 2008; 19(1) 99 - 113.
2. "Cardiologists should be less passive about smoking cessation". Editors Opinion; Lancet, Vol. 373, Issue 9667, Page 867, March 14, 2009.
3. Guías para el tratamiento de trastornos adictivos, Asociación Psiquiátrica Americana APA, 1991.
4. "Encuesta Nacional de Tabaquismo en funcionarios de salud" Bello Sergio, Soto M, et al. Rev Méd Chile 2004; 132: 223-232.
5. Hughes J, Hatsumaki D, Mitchell J et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 143: 993 - 997, 1986.
6. Araya R, Wynn R, Lewis G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. Maudsley Hospital, London, UK. 1992 August; 27:168-73. Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol.
7. Recomendaciones Latinoamericanas sobre prevención y tratamiento del tabaquismo publicado por la Coalición latinoamericana de profesionales de la salud para el tratamiento de la dependencia al tabaco, México Octubre 2009.
8. John Hughes Redefining the role of cessation specialists: what needs to be done, Professor of Psychiatry, Psychology and Family Practice at the University of Vermont, USA UK National National Cessation Conference. 2007.
9. Prochaska J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. J Clin Psychol 1983;3:390-5.
10. Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo | Uruguay 2009.
11. Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update US Surgeon General.
12. Hajek P. Treatment for smokers. Addiction 1994; 89: 1543-1549.
13. Camarrelles F, Pérez A, Moreno C, Torrecilla M. Terapia psicológica en la deshabituación tabáquica. Terapia grupal. En: Barrueco M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla M. eds. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Paudan; 2006. p. 141-176.
14. Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. JAMA 2000; 283: 3244-54.
15. Manual de Procedimientos SEPAR nº 13: abordaje del tabaquismo. Ángela Ramos Pinedo, Mª Luisa Mayayo Ulibarri. 2007.
16. Fagerström K, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-182.
17. Alexander H. Glassman; John E. Helzer; Lirio S. Covey; Linda B. Cottler; Fay Stetner; Jayson E. Tipp; Jim Johnson Smoking, Smoking Cessation, and Major Depression JAMA. 1990;264(12):1546-1549.
18. J. Wesley Boyd; Steffie Woolhandler; David U. Himmelstein; Danny McCormick; Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study Karen Lasser; David H. Bor JAMA. 2000;284:2606-2610.
19. Cordoba R, Clemente JL, Aller BA. Informe sobre tabaquismo pasivo. Aten Primaria. 2003;31(3):181-90.
20. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD000165.
21. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General. U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health.
22. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. BMJ. 2004; 328:338-9.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.