Puntos de vista

Consejo médico en tabaquismo: una necesidad

Medical Advice on Smoking: A Current Need

María Magdalena Caro Mantilla[1]

[1] Hospital Psiquiátrico Provincial, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Caro-Mantilla M. Consejo médico en tabaquismo: una necesidad. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2012 [citado 2025 Jul 12]; 2(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/110

Resumen

La dependencia tabáquica es sin dudas un problema de salud en la actualidad y aunque se asemeja en muchos aspectos al resto de las adicciones, reúne algunas características específicas que dificultan la toma de conciencia y su erradicación por parte del fumador. Motivar al paciente para que actúe a favor de un cambio en su estilo de vida es esencial en cualquier intervención médica. En este trabajo se esclarecen estrategias motivacionales para hacer más efectiva esa intervención a partir del conocimiento de cómo las personas modifican sus patrones comportamentales en función de sus expectativas, si estas son suficientemente incentivadas y el profesional cuenta con las herramientas terapéuticas necesarias en el marco del proceso de atención médica.

Palabras clave: tabaquismo, consejo dirigido, cese del uso del tabaco, rol del médico, educación en salud

Abstract

Tobacco dependence has currently become a health issue. Although it resembles other addictions in many aspects, it meets some specific features that hinder awareness and eradication by the very smoker. Motivating the patient to act in favor of a change in his lifestyle is essential in any medical intervention. In this paper we clarify motivational strategies for a more effective intervention based on knowledge of how people change their behavioral patterns according to their expectations, whether they are sufficiently encouraged and if the professional has the necessary therapeutic tools in the context of health care.

Key words: smoking, directive counseling, tobacco use cessation, physician’s role, health education

Recibido: 2012-04-09 12:13:23
Aprobado: 2012-06-04 14:35:51

Correspondencia: María Magdalena Caro Mantilla. Hospital Psiquiátrico Provincial, Cienfuegos mariamc@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Ante el carácter de epidemia atribuido al hábito de fumar, todos los años el 31 de mayo se celebra el Día Mundial sin fumar. En Cuba, la prevalencia del hábito de fumar es alta. Elementos como la condición de productor de tabaco y la amplia aceptación social, ubica al país entre los primeros lugares tanto a nivel regional como mundial.[1]

Se sabe que el tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo. La OMS reconoce que las enfermedades trasmisibles son las responsables de una proporción cada vez mayor de defunciones y el consumo de tabaco constituye el principal factor de riesgo a enfrentar.[2] En Cuba, las tres primeras causas de muerte están estrechamente vinculadas con el tabaquismo; estas son: las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la enfermedad cerebro vascular, pero los tumores malignos desplazan al segundo lugar a las enfermedades del corazón cuando se cuantifican los años que dejan de vivir los cubanos por la causa que mueren.

El año pasado, la tasa de mortalidad por tumores malignos aumentó en un 4 %. con tasas más elevadas para los tumores de tráquea, bronquio y pulmón.[3]

Existe gran variedad de enfoques y criterios en cuanto al abordaje terapéutico de esta adicción, e indiscutiblemente se necesita de tratamiento especializado en muchos casos, sin embargo, con demasiada frecuencia se olvida que el primer paso siempre es lograr que el fumador quiera dejar su hábito, o sea, estar consciente de su problema, tal y como establece de manera prioritaria entre sus propósitos el Programa para la prevención y control del tabaquismo en Cuba.[4]

La existencia del médico y enfermera de la familia brinda el soporte necesario para que las acciones de prevención y promoción de salud en relación con la lucha anti tabáquica, sean cada vez más eficaces. En este sentido, es de suma importancia la utilización del consejo médico para motivar al paciente, cuya acción puede influir de manera determinante en la salud con un coste mínimo, por lo que se afirma que es una actividad no solo eficaz sino también eficiente.[5]

A partir de una revisión actualizada de las diferentes modalidades de tratamiento, y teniendo en cuenta nuestras posibilidades reales, con este trabajo se pretende poner a disposición de todos nuestros profesionales recursos terapéuticos sencillos y ya probados, que permitan hacer más relevante su intervención sin que requieran de una particular especialización ni de aparatos sofisticados, sino únicamente del deseo de hacer bien las cosas, de darle al ejercicio de la clínica en el contexto de la dependencia tabáquica lo que de arte y ciencia tiene.[6]

DESARROLLO

Dependencia de la nicotina

Existen más de 4000 compuestos en la combustión del tabaco, siendo los más importantes el alquitrán, el monóxido de carbono y la nicotina. La nicotina es una amina terciaria y el principal componente adictivo del tabaco, que además contiene otros alcaloides farmacológicamente activos.

Se trata de una droga altamente adictiva, lo que ha sido demostrado por múltiples investigaciones con una enorme variedad de efectos en el Sistema Nervioso Central.[7-9] No solo produce al inicio de su consumo un refuerzo positivo, mecanismo mediado por la acción de la dopamina en el núcleo accumbens que induce un estado placentero al mejorar la concentración y el estado de ánimo (posibles acciones ansiolíticas y antidepresivas), sino que también provoca un refuerzo negativo para mantener la conducta adictiva a través de la reducción de los síntomas de abstinencia.

Por si fuera poco, la dependencia de la nicotina se hace aun más fuerte por tratarse de una droga de venta legal, que no altera la percepción de la realidad y, por tanto, no es privativa de la cualidad más esencial: la conciencia.

Todas estas características, a las que se suma la condición de país productor, así como la gran accesibilidad y amplia aceptación social, ya mencionadas, dificultan el cese del hábito tabáquico y colocan al paciente en una posición ambivalente que afecta su libertad de elección.[10]

Ayudar a decidir

Se afirma que la población cubana conoce la nocividad del tabaquismo, pero no tiene una percepción clara del riesgo, prevaleciendo en muchos casos el enfoque curativo del sistema sanitario en detrimento de un enfoque

sistémico-epidemiológico.[11]

Por esta razón, es muy importante que nuestros médicos sepan informar y estimular en sus pacientes un proceso reflexivo que active la necesidad de cambio en lugar de atrincherarse en soluciones farmacológicas, que además de costosas no constituyen opciones eficaces por sí solas.[12]

Ante tantas evidencias, resulta impostergable en toda intervención médica, una vez establecido el hábito tabáquico, facilitar al paciente la percepción de riesgo y esclarecer decisiones para que se produzca el cambio en el estilo de vida y mejore su calidad.[13]

Continuidad y coherencia en el proceso

Es necesario considerar el cese de este hábito como un proceso de acompañamiento en el que se produce una progresiva exploración de las expectativas de cambio del paciente hacia estilos de vida más saludables.

Llama la atención que en la práctica médica cotidiana parece existir una ruptura entre la información recogida del paciente sobre sus hábitos tóxicos y consecuencias, y la solución de estos. Se reafirma el diagnóstico y se pospone el tratamiento, lo que ha sido justamente señalado como limitante y deficiencia del proceso de atención medica.[14] El paciente no llega a la consulta especializada si no se estimula su curiosidad, interés y deseo de cambio.

En disímiles ocasiones no se aprovecha la oportunidad de generar con nuestra intervención el deseo de cambiar el comportamiento adictivo, y muchas veces, es la presencia de un daño orgánico grave lo que actúa como motor impulsor de ese cambio.

La motivación no es un elemento estático de la personalidad, es dinámica y fluctúa en relación con los conocimientos, relaciones sociales, emociones y contexto. La motivación favorece la reflexión necesaria en la toma de decisiones.

A partir de numerosos estudios comportamentales, se sabe que las personas pasan de estar inconscientes o reacias por hacer algo sobre un problema, a considerar la posibilidad de cambio, luego se preparan para hacer el cambio y finalmente actúan y conservan este cambio con el paso del tiempo.

Es la motivación la herramienta clave para establecer continuidad en este proceso.

Modelo transteórico de cambio

Teniendo esto en cuenta, Prochaska y DiClemente, citados por Piñeiro y colaboradores, elaboraron en los años ochenta un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio en las conductas adictivas, específicamente en el tabaquismo, e identificaron diferentes niveles de predisposición, conocidos como estadios de cambio que muestran cómo avanza la motivación en una persona cuando se plantea modificar una conducta adictiva.[15]

El Modelo Transteórico de Cambio ilustra las diferentes etapas o estadios que integran este proceso y que representan los aspectos temporales y motivacionales del cambio intencional:

- Precontemplación: Los que no tienen intención de dejar de fumar en un futuro cercano (6 meses).
- Contemplación: Los que afirman que tienen la intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- Preparación para la acción: Los que afirman que tienen la intención de dejar de fumar en los próximos 30 días.
- Acción: Ha dejado de fumar al menos 24 horas y menos de 6 meses.
- Mantenimiento: Son los que llevan más de 6 meses sin fumar y menos de 5 años.
- Finalización: Son los que llevan más de 5 años sin fumar.

Gran parte de los fumadores se mantienen durante años en el estadio de precontemplación y aun cuando aparecen daños orgánicos, otros muchos se estancan en el estadio de contemplación, y aplazan indefinidamente su decisión de cambio.[16] Conocer estos aspectos es vital a la hora de intentar ayudar al fumador.

Erróneamente se piensa con frecuencia que la motivación es una responsabilidad del paciente y bajamos drásticamente nuestras expectativas de éxito en la intervención terapéutica. Es imprescindible activar y redefinir la motivación de los pacientes y hacerlos partícipes de un

proceso de autorrealización que consolida su propia individualidad.

Incremento de la motivación según el estadio

En el contexto de la dependencia tabáquica, existen estrategias motivacionales encaminadas a que la persona sea más consciente de su problema, lo analice más claramente y ponga en marcha sus propios recursos para el cambio, que le permitan dejar de fumar o plantearse hacerlo.[17] La aplicación de estas estrategias durante las visitas de los pacientes a su médico en el entorno de la atención primaria, no solo son totalmente factibles, sino también muy efectivas.[18,19]

Este trabajo se enfoca hacia aquellos pacientes que se encuentran en los estadios de precontemplación y contemplación, porque entre ambas abarcan a la inmensa mayoría de los fumadores. Con respecto a los fumadores que están en la fase de precontemplación, el objetivo es que se planteen dejar de fumar en un periodo de tiempo lo más corto posible; no podemos desanimarnos pues lo que buscamos es llevarlos a la fase siguiente y que se planteen seriamente por primera vez dejar de fumar.

Para ello contamos con las siguientes estrategias:

1. Proporcionar información objetiva de las consecuencias nocivas del tabaco, máxime si tiene algún problema (bronquitis, cardiopatía, etc.). Esta información debe ser repetida sistemáticamente hasta lograr sensibilizar al paciente. Es lo que se denomina Consejo Médico Sistemático.
2. Mostrar los beneficios si deja de fumar con situaciones concretas y personalizadas.
3. Exponer las consecuencias que tiene en su entorno familiar el consumo de tabaco, especialmente si hay niños pequeños. Recordar a quiénes y por qué llamamos fumadores pasivos.
4. Identificar los obstáculos y situaciones de riesgo, o sea, valorar si el entorno familiar, laboral y social del paciente es favorable al cambio, o si potencian la dificultad del abandono.

Debemos asegurarnos de que los fumadores que están en la fase o estadio de contemplación, sean bien informados acerca de la existencia, en todo el país, de personal calificado que radica en los Centros Comunitarios de Salud Mental, para iniciar un tratamiento integral de deshabituación. Además de las estrategias anteriores, velamos por:

1. Fijar una fecha concreta para el cese, o sea, pasar de “pensar” a “ejecutar”, para lo que debe tener libertad de elección.
2. Aportar materiales de apoyo, información fácilmente comprensible sobre este tema que podemos aportar a los pacientes (disponibles, por ejemplo, en Infomed).
3. Garantizar apoyo continuo durante todo el proceso, mostrando interés genuino y confianza en su capacidad.

Características del consejo médico

- Firme y serio: Si usted fuma debe empezar a dar estos pasos para dejar el hábito, o recurrir a ayuda especializada pues la función ejemplarizante del profesional y una consulta libre de humo son requisitos indispensables para que el mensaje sea convincente y provoque la reflexión.
- Breve: Menos de 10 minutos para exponer los inconvenientes del consumo y ventajas de la cesación.
- Personalizado: Abordar motivos personales para el abandono del hábito y dificultades específicas.

El médico debe saber aprovechar las vulnerabilidades del paciente en cada encuentro y sistematizar la intervención, recordar que la mayoría de los fumadores necesitará más de un intento.

El paciente fumador con frecuencia tiene dudas sobre su auto eficacia y los problemas que puede tener en este proceso, por lo que es muy importante que el profesional disponga de una explicación rápida y de la capacidad de entendimiento de la posición del otro.

Planteamientos más frecuentes de los pacientes

- *No tengo fuerza de voluntad*: La "fuerza de voluntad" no es otra cosa que el deseo de realizar alguna acción y en este caso qué mejor acción que mejorar su salud. Por ejemplo: "la fuerza de voluntad se entrena y yo le voy a enseñar"; "verá que al igual que muchas otras personas usted también es capaz".
- *Por qué lo voy a dejar si es el único vicio que tengo*: Muchas personas consideran que fuman solo por hábito, igual que muchos otros actos de nuestra vida como sentarnos siempre a la mesa en el mismo lugar; llegado este punto, hay que aclararles que en realidad es adicto a la nicotina, que es una droga, le produce dependencia y le impide dejar de fumar. Vivirá mejor y con un "vicio" menos.
- *Ya lo dejé muchas veces y vuelvo*: "Eso demuestra que es posible, este puede ser el intento que lo lleve a dejar de fumar para siempre".
- *Me siento bien y mi abuelo también fumó toda la vida y vivió muchos años*: Hay que explicarle todos los efectos negativos del hábito de fumar, y cómo avanzan de forma silenciosa hasta que en muchas ocasiones ya es tarde. Las personas como su abuelo son la excepción, no la regla, y seguramente, si no hubiera fumado, de todas formas habría tenido mejor calidad de vida.
- *Si dejo de fumar voy a engordar mucho*: En las primeras semanas y meses se observa una ganancia de peso en muchos fumadores, pero en poco tiempo el peso se estabiliza; además, siempre existe la posibilidad de asesoramiento en este sentido, pero sobre todo, los beneficios por dejar de fumar son muy superiores a cualquier repercusión en su peso.
- *A mí no me hace tanto daño, pues no absorbo el humo y fumo cigarros bajos en nicotina*: Las personas que no absorben el humo, como ocurre también con los fumadores de tabaco y pipa, exponen su cavidad bucal mucho más que otros fumadores, con lo que se incrementa el riesgo de cáncer bucal. El ansia de fumar se satisface cuando se alcanza determinado nivel de concentración de nicotina en sangre, de manera que las caladas al cigarro bajo en nicotina son más intensas y frecuentes.
- *Tengo más de 60 años, para qué lo voy a dejar*: Nunca es tarde, mejorará su calidad de vida de forma evidente, la esperanza de vida al nacer en nuestro país es de más de 75 años. Recuerde que la vejez no es una enfermedad, el tabaquismo sí.

Para aumentar la efectividad del consejo médico, debe incrementarse la intensidad de la intervención programando visitas más frecuentes del paciente, enfatizando los beneficios y relacionando su conducta adictiva no solo con alguna enfermedad que pueda tener por esta causa, sino también con cualquier disfunción que no conocía y pueda ser atribuida al tabaco.[20]

A continuación, algunos consejos para aquellos pacientes con una fuerte motivación que los lleva al cese del hábito por sí mismos, y no solicitan ayuda especializada:

- Apartar en casa todo lo relacionado con el hábito, como ceniceros, cajetillas, fosforeras.
- Comunicar a las personas cercanas, familia y compañeros de trabajo que ha dejado de fumar para siempre.
- Beber abundante agua y jugos naturales, así se elimina más rápido la nicotina de su organismo.
- Reducir el consumo de café y alcohol.
- Caminar al menos una hora diaria y en lugares donde pueda respirarse aire puro.
- Iniciar alguna actividad que proporcione entretenimiento y lo ayude a mantenerse sin fumar.
- Pensar que lo más importante es este momento en que no fuma, el cual debe ir consolidando cada hora en el día que transcurre.

CONCLUSIONES

Aunque muchos fumadores consiguen abandonar su hábito por sí solos, es importante conocer que el consejo médico sistematizado dobla las tasas de cesación, y si tenemos en cuenta que la mayoría de los contactos del paciente con el sistema sanitario se producen en la atención primaria, resulta un hecho incuestionable que para lograr la necesaria percepción de riesgo que se establece en el plan de acción del Programa para la prevención y control del tabaquismo,

nuestros profesionales deben disponer de herramientas básicas para que dicho consejo tenga óptimos resultados. Toda la bibliografía consultada coincide en señalar la enorme fuerza inductora de cambio que representa el médico, que con autenticidad y respeto acompaña al paciente en el camino de mejoramiento de su estilo de vida. Decisivo resulta el conocimiento del profesional acerca de los estadios de cambio descritos en el modelo transteórico, pues la modificación de cualquier conducta adictiva requiere de un acompañamiento continuo, donde el paso del estado de consumo a la abstinencia es un proceso gradual en el que el paciente se torna cada vez más reflexivo y redefine cognitivamente sus objetivos hasta la decisión de realizar y mantener el cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2010 [citado 13 Feb 2012];37(1):[aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000100010&script=sci_arttext

2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010 [internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 29 Ene 2012]. Disponible en: http://www.who.int/entity/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS10_Full.pdf

3. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2010. La Habana: Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud; 2011

4. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control del Tabaquismo [Internet]. La Habana: MINSAP; 2010 [citado 8 Abr 2011]. Disponible en: http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/04/programa-pct20104.pdf.

5. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martin MD, Hernández Mezquita MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. Aten Primaria. 2001;27(9):629-36

6. Moreno Rodríguez M. El arte y la ciencia en la anamnesis. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 7 Abr 2012];8(5):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1314/353

7. Muñoz Negro JE, Molero Chamizo A. Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. Trastornos Adictivos. 2005;7(3):137-52

8. Lee AM, Messing RO. Protein kinase C epsilon modulates nicotine consumption and dopamine reward signals in the nucleus accumbens. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011;108(38):16080-5

9. Muñoz MA, Sanjuan R, Fernandez Santaella MC, Vila J, Montoya P. Aspectos neuropsicologicos del craving por la nicotina. Adicciones. 2011;23(2):111-23

10. Rodríguez M, Santamaría J. Semejanzas y diferencias entre la dependencia de la nicotina y el resto de las dependencias. Trastornos adictivos. 2007;9(1):39-45

11. Suárez Lugo N. El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba. Rev Cubana Salud Publica [revista en Internet]. 2006 [citado 7 Abr 2012];32(2):[aprox. 19p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_2_06/spu02206.htm

12. Abreu de la Torre CL, Díaz Suarez R, Cardero García J, Aguiar Denis Y. ¿Es el tratamiento farmacológico aislado una buena opción para el tabaquismo?. Psiquiatria.com [revista en Internet]. 2008 [citado 5 Abr 2012];12(4):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/211/196

13. Mora Ripoll R. Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) [revista en Internet]. 2012 [citado 7 Abr 2012];5(1):[aprox. 15p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90102755&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=119&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v05n01a90102755pdf001.pdf

14. Corona Martínez LA. El método clínico como un método para el diagnóstico médico. Crítica a una concepción vigente. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 7 Abr 2012];8(5):[aprox. 7p]. Disponible en:

http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1324/227

15. Piñeiro B, Miguez MC, Becoña E. La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. Adicciones [revista en Internet]. 2010 [citado 8 Abr 2012];22(4):[aprox. 32p]. Disponible en: http://www.adicciones.es/files/353-364pineiro.pdf

16. Fu M, Martínez Sánchez JM, López MJ, Nebot M, Raich A, Fernández E. Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. Adicciones [revista en Internet]. 2011 [citado 8 Abr 2012];23(2):[aprox. 13p]. Disponible en: : http://www.psiquiatria.com/descarga_pdf.ats?clave=52550

17. Martínez Sánchez JM, Fu M, Tresserras R, Saltó E, Fernández E. Estrategia individual y poblacional en las intervenciones frente a la epidemia del tabaquismo. Adicciones [revista en Internet]. 2011 [citado 8 Abr 2012];23(4):[aprox. 14p]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/descarga_pdf.ats?clave=55254

18. Ochoa Prieto JA, Aurrecoechea Corral R, Llanderas López P, Aparicio García S. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud. SEMERGEN [revista en Internet]. 2010 [citado 8 Abr 2012];36(7):[aprox. 20p]. Disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/40/40v36n07a13154405pdf001.pdf

19. Fernández de Bobadilla J, Sanz de Burgoa V, Garrido Morales P, López de Sá E. Riesgo cardiovascular: Evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. Estudio RETRATOS. Atención Primaria. 2011;43(11):595-603

20. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. BMJ. 2007;335(7609):37-4