

Título: El tabaquismo como práctica milenaria y hábito nocivo para la salud.

Autora: Lic. Mailin Sánchez Matos.

Batabanó

2015

INDICE

<i>Introducción</i>	4
<i>Antecedentes Históricos</i>	4
<i>Justificación</i>	6
<i>Objetivos</i>	9
<i>Desarrollo</i>	10
<i>Adicción y Dependencia</i>	10
<i>Composición físico química del humo del tabaco</i>	12
<i>El hábito de fumar y su relación con algunas patologías</i>	13
<i>Tabaco y cáncer</i>	13
<i>Tabaco y enfermedad respiratoria no tumoral</i>	14
<i>Tabaco y patología vascular</i>	15
<i>Tabaco y embarazo</i>	16
<i>Tabaco y patología digestiva</i>	16
<i>Clínica terapéutica para tratar el hábito de fumar en diferentes latitudes</i>	17
<i>Una propuesta cubana</i>	20
<i>Conclusiones</i>	26
<i>Referencias Bibliográficas</i>	27
<i>Bibliografía</i>	28

Resumen

Se realizó un trabajo referativo sobre el tema del tabaquismo, el cual constituye uno de los problemas de salud del municipio de Batabanó, con el objetivo general de abordar de manera breve algunos temas relacionados con el hábito de fumar. Se trazaron los objetivos específicos de describir brevemente la relación entre el hábito de fumar y algunas patologías asociadas; además indagar sobre la práctica terapéutica empleada en el tratamiento a los adictos al tabaco. Para ello se consultó abundante bibliografía disponible en soporte digital e impreso, por lo que se pudo constatar que el tema es ampliamente difundido. El presente trabajo pretende brindar una panorámica del amplio espectro que brinda el tema y motivar la investigación sobre el mismo, sugiriendo el alto grado de perjuicios que ocasiona la práctica de fumar a pesar de que constituye una práctica milenaria.

INTRODUCCION

Antecedentes Históricos

“El tabaco es una de las drogas de venta legal más consumida por la población. En la mayoría de los casos, se fuma en forma de cigarrillos, puros o tabaco para pipa, aunque también se puede consumir en forma de rapé o de tabaco de mascar. La nicotina, el principio activo del tabaco, es estimulante del sistema nervioso central, altamente adictivo y responsable de los efectos psicoactivos y de la dependencia física que provoca el tabaco”. (1)

Según la bibliografía consultada se sabe que la planta del tabaco pertenece a la familia botánica de las solanáceas y al género nicotinas. Magalis Martínez Hurtado en su libro: “Espacios sin humo” describe que es la única en la naturaleza capaz de sintetizar el potente alcaloide nicotina, que conserva aún en sus hojas secas. Según la historia, el consumo del tabaco tiene una larga trayectoria. “Los expertos en genética vegetal han determinado que el lugar donde se cultivó por primera vez se sitúa en la zona andina entre Perú y Ecuador”. (2)

Los primeros cultivos debieron tener lugar entre 5000 y 3000 años a.n.e. Posteriormente, el consumo se extendió hacia el norte y cuando se descubrió América ya estaba extendido por todo el continente. “Fumar [inhalar y exhalar el humo del tabaco] era una de las muchas formas de consumo en América del Sur, donde además, lo aspiraban por la nariz, lo masticaban, comían, lo untaban sobre el cuerpo, lo aplicaban en los ojos, en gotas y en enemas”. (2)

Se cuenta que se utilizaba en ritos y se ofrecía a los dioses, se soplabá sobre el rostro de los guerreros antes de la lucha, se esparcía en los campos antes de la siembra, se derramaba sobre las mujeres antes de una relación sexual y, tanto hombres como mujeres, lo utilizaban como narcóticos

Cristóbal Colón observó que los indígenas lo fumaban valiéndose de una caña en forma de pipa llamada tabaco, de donde deriva su nombre. Por orden de Felipe II, Diego Hernández de Bocolo [cronista e investigador de las Indias] fue quien llevó las primeras semillas de tabaco a Europa, en 1559, las que fueron plantadas en tierras situadas alrededor de Toledo, en una zona llamada los Cigarreros, porque solía ser invadida por plagas de cigarras. Allí se inició el cultivo de tabaco en Europa y por este motivo algunos historiadores sostienen que el nombre de cigarro proviene de esta circunstancia.

Años más tarde, en 1570, el diplomático Jean Nicot de Vallemain lo introdujo en Francia, por eso la planta lleva como nombre genérico Nicotina. A Inglaterra llegó en 1585 por medio del navegante sir Francis Drake, mientras que el explorador inglés sir Walter Raleigh inició, en la Corte Isabelina, la costumbre de fumar tabaco en pipa. El hábito de fumar se difundió rápidamente por el continente europeo y Rusia, en el siglo XVII llegó a China, Japón y a la costa occidental de África.

Primero se usó con fines medicinales, el propio Nicot se encargó de divulgar las aparentes virtudes curativas por medio de personas tan importantes como la Reina de Francia, Catalina de Médicis [1547-1559], el cardenal Carlos de Lorena y otros personajes influyentes, que fueron muy partidarios de su uso medicinal, como el médico y agrónomo Jeans Liébault, quien la consideraba útil para toda clase de enfermedades, especialmente: heridas, cánceres ulcerados y sarnas.

A finales del siglo XIX, James Bonsack diseñó y puso en marcha la primera máquina de hacer cigarrillos. Ya a comienzos del siglo XX cada fumador consumía más de 1000 cigarrillos al año y la actitud general de la sociedad era totalmente permisiva, con la concepción de que el tabaco aliviaba tensiones y no tenía efectos nocivos. Sin embargo los epidemiólogos no tardaron en observar que el cáncer de pulmón, poco frecuente antes del siglo XX, había aumentado de forma considerable a comienzos de la década de los 30. Algunas organizaciones iniciaron estudios comparando las muertes de fumadores con la de no fumadores, durante un período de varios años y los

estudios experimentales con animales demostraron que muchas de las sustancias químicas contenidas en el humo del cigarrillo eran carcinógenas.

En 1964, el gobierno de los Estados Unidos luego de realizar diferentes estudios, en un informe general sobre sanidad, afirmó que fumar implicaba un riesgo para la salud de suficiente importancia, como para justificar la necesidad de acciones apropiadas para remediarlo. A partir de ahí se comenzó a incluir una advertencia en las cajetillas señalando: el tabaco perjudica seriamente la salud. Desde la década de los 60 se prohibió todo tipo de publicidad relacionada con cigarrillos, en la radio y la televisión. A partir de 1980 varias ciudades y estados de los Estados Unidos de Norteamérica y Europa aprobaron leyes que exigían espacios reservados para no fumadores, en los lugares públicos y de trabajos.

En la actualidad acapara gran popularidad el uso de otros productos de tabaco y los medios para ingerirlos, los cuales varían substancialmente entre las regiones y los países, desde el tabaco sin humo para mascar en los Estados Unidos de Norteamérica, la India y en toda la América Latina, hasta fumar tabaco con pipas de agua en el Medio Oriente o masticar nueces de betel con tabaco en la región del Pacífico Occidental y fumar vede en la India.

Según un artículo publicado en Infomed se sabe que “desde que aparecieron los primeros estudios epidemiológicos que asociaron diferentes enfermedades con el hábito de fumar, la comunidad médica es testigo de un hecho trascendental, en el cual el tabaquismo pasó de un hábito de glamour a ser considerado una plaga social de dimensiones incalculables”. (3)

Hoy ya nadie duda de que sea la principal causa de enfermedad y mortalidad evitable; “es directamente responsable de más de 25 causas de muerte”. (3)

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud el tabaco es una de las primeras causas de invalidez y muerte prematura del mundo. En un trabajo investigativo realizado por la Dra. Eilén Reyes Rodríguez se menciona que está

directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer. Es directamente responsable de aproximadamente el 90% de las muertes por cáncer de pulmón y aproximadamente el 80-90% de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). También se describe que más del 50% de las enfermedades cardiovasculares son provocadas por el consumo de cigarrillos. Ejemplo de ello lo encontramos en Europa donde cada año se reportan 1,2 millones de muertes y en España mueren más de 50,000 personas debido a su consumo. Las mayores prevalencias mundiales se encuentran en Vietnam, Chile, parte de África y República Dominicana; por su elevado volumen poblacional, China, India y Rusia son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo. (4)

Seguramente estos datos justifican un comentario realizado en un artículo de periódico que refiere: “el tabaco es el único producto, legalmente vendido, que mata a la mitad de sus consumidores. El 50% de estas muertes ocurren entre los 30 y 69 años de edad”. (5)

Eilén Reyes Rodríguez en su proyecto de investigación sobre tabaquismo en una localidad de la provincia Mayabeque plantea que “socialmente siempre ha sido un hábito atribuido más a hombres que a mujeres, pero hoy en día este patrón está cambiando y las mujeres están comenzando a iniciarse en mayor número en el hábito tabáquico”.(4)

Esto se confirma al analizar los datos estadísticos del municipio Batabanó al cierre del pasado año 2013, en que se detectaron 3902 fumadores, de ellos 2432 son mujeres y 1470 son hombres, lo cual representa un 17,7% del total de población de 15 años en adelante según cifras estadísticas recopiladas por APS y departamento de estadística del Sectorial de Salud.

Según referencias de médicos especialistas en MGI trabajadores de los Consultorios del Médico de la familia en esta localidad, el tabaquismo constituye uno de los problemas de salud de esta área debido a la alta incidencia de fumadores activos que se encuentran en edades comprendidas entre finales de la adolescencia y la juventud sin contar los fumadores pasivos que no se encuentran estadísticamente registrados.

Por otra parte en el “Programa para la Prevención y el Control del tabaquismo en Cuba” del Ministerio de Salud Pública, se describe que el personal médico de APS ejerce dentro de sus funciones la labor de prevención y control del tabaquismo, propiciando la orientación y tratamiento a las personas fumadoras desde los niveles de atención primaria así como encaminarlos hasta niveles de consultas especializadas para deshabituarse.

En entrevista realizada al personal médico del sectorial se conoce que a pesar de que existe una estrategia estructuralmente organizada que comprende un Programa Municipal de Deshabituación Tabáquica metodológicamente rectorado por el Programa Provincial y Nacional, aún existen dificultades que conspiran contra la efectividad del mismo como son: falta de conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud por parte de la población en Batabanó; insuficiencias en la labor de promoción de salud dirigida a la población en edades tempranas; desconocimiento general sobre los daños y perjuicios del hábito de fumar en la población en general; así como falta de personal capacitado e insuficiente disponibilidad de recursos para el desarrollo de las acciones psicológicas y de salud. Estas circunstancias pueden justificar la baja percepción de riesgo que presenta la población con relación al hábito de fumar por lo cual se decidió realizar el presente trabajo como preámbulo a futuras investigaciones y con el ánimo de comprender los aspectos más generales sobre este tema del tabaquismo; simultáneamente podrá contribuir de forma modesta a brindar conocimiento y considerarse material bibliográfico sobre el tema, destinado tanto a profesionales como al resto de la población. De esta manera se pudiera aportar una fuente de conocimiento para la actividad docente del área de salud y para fomentar la formación de una cultura general con relación al hábito de fumar en adolescentes y jóvenes. Igualmente el presente trabajo pudiera convertirse en fuente de motivación para la realización de investigaciones más profundas en temas relacionados con los aquí expuestos.

Como la antigua práctica de fumar constituye un hábito nocivo para la salud y se consideran temas extremadamente amplios, en este informe se pretende brindar una panorámica sobre las diferentes aristas en relación con este fenómeno social por lo que se decidió trazarse los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir brevemente algunos temas generales relacionados con el tabaquismo

Objetivos específicos:

--Describir algunos de los trastornos de salud asociados al hábito de fumar

--Indagar los métodos y estrategias utilizadas en diferentes latitudes para intervenir en el tratamiento del tabaquismo.

DESARROLLO

Según lo estudiado hasta el momento hemos podido comprender que el tabaquismo está clasificado como una enfermedad crónica, en la cual el fumador oscila entre múltiples períodos de remisión y recaída. Se mantiene relacionada con una triple dependencia, de tipo química, psicológica y social.

Ricardo González Menéndez en su libro “Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil” plantea que el diagnóstico de dependencia del tabaco, como terminología médica, fue incluido en el “Manual de Estadísticas y Diagnósticos de los desórdenes mentales” [DSM-III], elaborado por la Asociación de Psiquiatría de América en la tercera edición correspondiente al año 1980 y cambiado a “Dependencia nicotínica en 1987” en [DSM-III-R]. Desde que el Departamento de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica presentó un reporte, en 1988, sobre los efectos en la salud, producidos por el consumo de tabaco y la adicción a la nicotina, se le ha prestado mayor atención a las cuestiones adictivas del consumo de cigarrillos y de otras formas de tabaco.

Adicción y Dependencia

Magalis Martínez Hurtado en su libro “Espacios sin Humo” plantea que “la nicotina: es el principal componente químico activo del tabaco. Los fumadores de tabaco absorben pequeñas cantidades de nicotina a partir del humo inhalado y experimentan ciertos efectos fisiológicos”. (2)

Así mismo refiere que en pequeñas dosis la nicotina es un estimulante nervioso, especialmente del sistema nervioso vegetativo, favoreciendo la liberación de adrenalina y de otras sustancias del organismo. En grandes dosis, la nicotina paraliza el sistema nervioso autónomo impidiendo la transmisión de impulsos a través de los espacios localizados entre las células nerviosas

contiguas (espacios sinápticos). Dosis aún mayores de nicotina pueden producir convulsiones y muerte. Los efectos de la nicotina sobre el sistema nervioso varían según los individuos. En algunas personas la nicotina acelera la formación de úlceras gástricas. En la actualidad, la nicotina se considera una droga que produce adicción física y psíquica.

Según Ricardo González “la adicción al tabaco: es el hábito de dejarse dominar por el uso del tabaco. Asignación, entrega, adhesión”. (6)

“La adicción al tabaco es la necesidad compulsiva de consumir esta sustancia de forma regular (para experimentar sus efectos o disminuir el malestar producido por su ausencia) sin que sea posible moderar o suprimir su consumo. Altera nuestra propia capacidad para controlar su consumo”. (6)

También plantea que es un proceso complejo, en el que se origina dependencia física y psicológica de esta sustancia. La adicción está relacionada no solo con el tipo de droga sino también con otros factores, como características individuales, circunstancias personales y sociales, frecuencia o dosis de consumo.

“La dependencia física al tabaco: es el estado en el que el paciente manifiesta diversas alteraciones fisiológicas al retirar o suspender la administración continuada de esta droga”. (6)

R. González en su libro explica que a medida que se establece la dependencia, se produce una disminución progresiva de los efectos de la droga. Aparece el fenómeno de la tolerancia, la necesidad de consumir dosis cada vez mayores para conseguir los mismos efectos. El fenómeno de la tolerancia depende de las características del propio individuo y del tipo de sustancia, ya que no todas producen ese fenómeno.

Cuando una persona siente la necesidad imperiosa de consumir el tabaco para conseguir un estado afectivo agradable o aliviar un estado emocional desagradable, se produce una dependencia psicológica de esa sustancia. Además, en muchos casos, el uso regular de una sustancia química produce alteraciones fisiológicas en el organismo que originan también una

dependencia física de esa sustancia. El organismo se 'acostumbra' a la presencia de la droga y la 'necesita' para funcionar con normalidad; su ausencia produce un conjunto de síntomas que reciben el nombre de síndrome de abstinencia.

Este autor que ha escrito diferentes artículos sobre el tabaquismo describe el Síndrome de abstinencia: “cuando existe una situación de dependencia del tabaco y esa droga se suprime o se reduce, el organismo responde con un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que reciben el nombre de síndrome de abstinencia”.(6)

El síndrome de abstinencia varía con cada droga. Algunos de los síntomas que comparten los distintos síndromes son ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga o náuseas. Ciertos síndromes requieren asistencia médica y se controlan con medidas terapéuticas sintomáticas o sustitutivas (sustancias menos nocivas, de efectos parecidos, que se retiran progresivamente). Por ejemplo, la retirada brusca del tabaco puede dar lugar a un síndrome de abstinencia de graves consecuencias.

“El tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un problema de salud pública, debido a que los daños a la salud asociados al consumo del tabaco causan más de medio millón de muertes en el continente americano. El fumar es la causa más frecuente de muertes que pueden evitarse. Según los últimos informes, cientos de miles de personas mueren anualmente de forma prematura debido al tabaco. Estudios recientes indican que la exposición al humo de los cigarrillos fumados por otra gente y otros productos del tabaco, producen al año la muerte de miles de personas que no fuman. Pese a estas estadísticas y a numerosos avisos sobre los peligros de fumar, millones de adultos y adolescentes siguen fumando. De todos modos se están haciendo progresos: cada día son más las personas que dejan de fumar.”(7)

Composición físico-química del humo del tabaco

Actualmente la forma de consumo más habitual es la inhalación de los productos de combustión del tabaco. En el extremo del cigarrillo que se está quemando se alcanzan temperaturas de hasta 100° C. Se han reconocido

cerca de 5.000 compuestos químicos en las distintas fases (gaseosa, sólida o de partículas) del humo del tabaco. Entre estos compuestos químicos se han identificado sin dudas al DDT (insecticida, propano (combustible para naves espaciales y propelente de aerosoles como en antitranspirante), benceno, butano, arsénico y, como trágica anécdota, cianuro de hidrógeno, que era nada más y nada menos que el gas utilizado por los nazis en las tristemente célebres cámaras de gas de exterminio de judíos en los campos de concentración. Se consideran ingredientes del tabaco (término aconsejado por la OMS) a todos los componentes del producto, mientras que emisiones de los productos del tabaco a lo que realmente capta el fumador siendo la principal causa de mortalidad y enfermedades atribuidas al tabaco, y exposición a la parte de emisiones que realmente absorbe el fumador. Actualmente las emisiones son el punto principal de la regulación, aunque los ingredientes permisibles también están regulados.

Las consecuencias del tabaquismo en la salud de la población, en general, se ven alrededor de 30 años después del pico de mayor consumo; son consideradas como efectos a largo plazo.

En Cuba, en el año 2007 el tabaquismo causó 80% de las muertes por cáncer de pulmón, 78% por enfermedad pulmonar obstructiva, 28% por cardiopatía isquémica y el 26% por enfermedad cerebrovascular. El consumo per cápita anual de cigarrillos estimado en el año 2009 fue de 1548,12.

El hábito de fumar y su relación con algunas patologías

Tabaco y cáncer

“El fumar puede ser el causante de varias enfermedades como el cáncer de pulmón, la bronquitis y el enfisema pulmonar”. Comentarios como este se pudieron apreciar en diferentes materiales bibliográficos consultados

En un artículo de Wikipedia se menciona que el consumo de cigarrillos es responsable del 85% de los casos de cáncer de pulmón entre los hombres y del 75% entre las mujeres; una media general del 83%. El fumar provoca aproximadamente el 30% del total de las muertes por cáncer. Los fumadores

de dos o más paquetes de cigarrillos presentan porcentajes de mortalidad por cáncer entre 15 y 25 veces superiores a los no fumadores.

La primera evidencia que se tiene de su relación fue sugerida en 1761 por John Hill, que describió el desarrollo de pólipos laríngeos en los consumidores de rapé; dos de los casos que describió presentaban una transformación maligna; esta asociación ha sido corroborada en multitud de ocasiones desde esa época.

En 1941 los trabajos de Yamagawa e Ichikawa, demuestran por primera vez la naturaleza carcinógena de diferentes hidrocarburos del humo de cigarrillos. Posteriormente en 1950 y 1952 los trabajos de Doll y Hill publicados en BMJ y usando metodología del tipo estudio caso-control ya sugieren que el tabaco es la principal causa de cáncer de pulmón.

El tabaco se ha relacionado con diferentes cánceres: cáncer de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon, recto, riñón, vejiga, mama, aparato genital, linfático. En el humo del tabaco se encuentran numerosos compuesto químicos cancerígenos que provienen de la combustión, como el benceno, el benzopireno, el óxido nítrico, los derivados fenólicos y nitrosaminas, además de ser una fuente importante de la nicotina, que se considera un fármaco psicoactivo.

Se cree que el causante del 85% de los cánceres a causa del tabaco es el alquitrán que contienen los cigarrillos estándar. En su cubierta se pueden observar una serie de finas líneas. Estas líneas son del alquitrán que la marca posiciona cada cierta distancia para que el cigarro no llegue a apagarse y siga consumiéndose de forma continua. Dicha concentración provoca que un fumador de cigarrillos estándar tenga hasta 5 veces más probabilidades de contraer cáncer con respecto a otro que fume puros o en pipa.

Tabaco y enfermedad respiratoria no tumoral

“Fumar un solo cigarrillo aumenta la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una

disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio corporal”.(7)

Los efectos del tabaco sobre las vías respiratorias se han descrito tanto a nivel de estructuras (vías aéreas, alvéolos y capilares) como en los mecanismos de defensa pulmonar. Provocando, en los fumadores, sintomatología respiratoria y deterioro de la función pulmonar. El tabaco causa hipersecreción, lo que da origen a tos y expectoración crónica en los fumadores. También se mencionan: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de apnea obstructiva durante el sueño, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, neumonías frecuente e insuficiencia respiratoria crónica.

Se ha descrito otras enfermedades respiratorias en relación con el tabaco como la fibrosis pulmonar idiopática, bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa (BONO), granuloma eosinófilo, hemorragia pulmonar y enfermedad pulmonar metastásica. Existe evidencia de que el tabaquismo es un factor predisponente importante en el neumotórax espontáneo. Es un factor constante en la Histiocitosis X. La neumonía intersticial descamativa también está asociada al consumo del tabaco.

Tabaco y patología vascular

Según Wikipedia las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte en la sociedad occidental. Los dos componentes más importantes son las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón o enfermedad coronaria.

Está demostrado que la mortalidad por enfermedades vasculares aumenta en los fumadores. El tabaco multiplica por cuatro la probabilidad de padecer una enfermedad coronaria o cerebrovascular.

Entre las múltiples sustancias del humo del cigarrillo, las que presentan un mayor efecto adverso son la nicotina y el monóxido de carbono (CO).

En Uruguay luego de la prohibición de fumar en espacios cerrados, se ha detectado una importante disminución en el número de ingresos a instituciones de salud por infarto agudo de miocardio.

En las diferentes fuentes consultadas se mencionan las siguientes patologías asociadas al tabaquismo: enfermedad vascular periférica, cerebrovascular, aneurisma de la aorta e hipertensión arterial.

Tabaco y embarazo

Durante el embarazo el tabaco multiplica su potencial dañino generando no sólo riesgos para la fumadora, sino también para el bebé, entre otros riesgos aumentan los de sufrir embarazo ectópico, partos prematuros, hemorragias vaginales, alteraciones cardíacas o en el bebé: riesgo de nacer con bajo peso, insuficiencias respiratorias, riesgo de padecer muerte súbita, infartos o leucemia infantil.

Tabaco y patología digestiva

El consumo de tabaco se ha asociado con la gastritis, úlcera gastroduodenal, esofagitis por reflujo, hipertrofia de papilas gustativas con déficit del sentido del gusto, y los cánceres de boca, lengua, laringe, esófago y páncreas.

En algunos plegables emitidos por el MINSAP y CNPES destinados a la labor de promoción de salud se menciona que: “si fumas te sentirás con dificultades para”:

-Realizar ejercicios físicos.

-Nadar y zambullirte.

-Correr o caminar rápido.

-Subir escaleras altas.

-Bailar.

El tabaquismo es considerado una enfermedad más debido a que desencadena negativas consecuencias: dependencia física y psicológica que conllevan a la necesidad de tratamiento medicinal, rehabilitación psicológica y re-educación social para poder abandonar la práctica de fumar, sin embargo “el dejar de consumir drogas, para muchas personas, no resulta tarea fácil

debido a los procesos psicológicos, farmacológicos y biológicos que se vinculan a dicho consumo” (9)

Clínica terapéutica para tratar el hábito de fumar en diferentes latitudes.

Son diversos los mecanismos que se ponen en práctica para tratar la adicción a fumar. A nivel internacional se llevan a cabo diferentes estrategias y procedimientos según los recursos con que se cuenta en cada territorio y las características de los fumadores: las posibilidades reales de abandono teniendo en cuenta el grado de dependencia del fumador, la motivación, etapa del fumador, rasgos de su personalidad, etc.

La “Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al tabaco del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina propone una excelente estrategia de intervención para tratar el tabaquismo al igual que en la “Guía clínica: Dejar de Fumar” de la Junta Directiva de Socidrogalcohol, una sociedad española de profesionales que estudian este tema y cuentan con experiencia en la labor de intervención para dejar de fumar, en la Universidad de Santiago de Compostela. El autor de esta Guía, Elisardo Becoña Iglesias, brinda una información detallada sobre los aspectos a tener en cuenta para el tratamiento del adicto al tabaquismo.

En nuestro país según el “PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN CUBA” del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA el trabajo será coordinado por el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, por medio del responsable del Programa y su ejecución estará a cargo de la Comisión Nacional. El Ministerio de Salud Pública garantizará su trabajo en el Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión Técnica, en sus diferentes niveles.(10)

COMPONENTES DEL PROGRAMA.

Para facilitar su ejecución y control, el Programa para la Prevención y el Control del Tabaquismo en Cuba se estructura en cuatro componentes:

- ◆ *Información, educación, comunicación (i.e.c.).*
- ◆ *Legal.*
- ◆ *Tratamiento y rehabilitación.*
- ◆ *Evaluación y perfeccionamiento.*

Para cada componente se señalan las acciones y tareas a ejecutar, así como los responsables de las mismas. El Programa ha sido conformado para realizar acciones de información, educación y comunicación a la población, acompañadas de acciones legales que permiten proteger la salud y el derecho de los no fumadores y las investigaciones que permiten evaluar su comportamiento y efectuar las correcciones necesarias para obtener mejores resultados.

La estrategia se resume en los puntos siguientes:

- ◆ *Desarrollar el Programa con carácter multisectorial y multidisciplinario, a nivel nacional, de forma permanente y coordinado por el Ministerio de Salud Pública.*
- ◆ *Ejecutar acciones educativas, dirigidas fundamentalmente a la niñez y a la juventud, incorporando la educación antitabáquica de forma curricular en los diferentes niveles de la enseñanza primaria, media y tecnológica en el Sistema Nacional de Salud.*
- ◆ *Realizar acciones educativas y de orientación dirigidas a la población y a grupos expuestos a riesgo, a través de los medios de comunicación y de forma directa a través de Programas específicos del MINSAP, MINED, MES, INDER, FMC, CDR, CTC, ANAP, Consejos Populares, entre otros.*
- ◆ *Mantener la prohibición de la publicidad directa y prohibir la publicidad indirecta de los productos del tabaco en todos los medios de comunicación y en eventos deportivos, culturales y de otra naturaleza.*
- ◆ *Mantener la advertencia de la nocividad del consumo en las cajetillas de cigarrillos cubanos y exigir que los cigarrillos importados tengan la advertencia.*

- ◆ *Mantener el control de la toxicidad de los cigarrillos y disminuirla gradualmente.*
- ◆ *Establecer y controlar el cumplimiento de la prohibición de fumar en todos aquellos lugares públicos donde la contaminación afecte a los no fumadores.*
- ◆ *Mantener la prohibición de venta de productos manufacturados del tabaco a los menores de 17 años y no permitir la venta en máquinas automáticas.*
- ◆ *Mantener una política de precios a los productos manufacturados del tabaco, acorde a los objetivos de prevención y control del tabaquismo.*
- ◆ *Insertar la lucha contra el tabaquismo en las acciones de salud en la atención primaria.*
- ◆ *Considerar el tabaquismo como uno de los aspectos esenciales dentro de los Programas y Planes de Acción del Movimiento de Municipios por la Salud.*
- ◆ *Ofrecer tratamiento a las personas interesadas en dejar de fumar y rehabilitación a los exfumadores, por medio del Sistema Nacional de Salud.*
- ◆ *Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita evaluar el desarrollo e impacto del Programa.*
- ◆ *Realizar investigaciones y estudios que permitan evaluar la eficiencia, eficacia, progreso, suficiencia y pertinencia del Programa y posibiliten su perfeccionamiento.*

La estrategia plantea trabajar, esencialmente, con un enfoque de Promoción de Salud, que permita que no se continúe a nivel social la reproducción del hábito tabáquico, ofreciendo a la vez, las condiciones necesarias para que reciban tratamiento y rehabilitación las personas que lo requieren, con el soporte legal requerido para proteger la salud del fumador y del fumador pasivo, principalmente los niños, con base en la investigación científica que permita decisiones acertadas en la política y estrategia trazada.

Nuestro sistema de salud ofrece gratuitamente este servicio, como una opción para aquellas personas que desean abandonar el hábito por sí mismos o, que mediante autoayuda, no logran hacerlo.

Hasta el momento, hay experiencias con un servicio integral en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, con el “Centro para Dejar de Fumar”, creado en 1992 como Centro de Referencia Nacional. También se ofrece este tipo de servicio en el INHEM, que a la vez del trabajo asistencial, realiza un Ensayo Clínico.

La Facultad de Psicología tuvo la primera consulta con tratamiento individual y colectivo, así como una vasta experiencia en el estudio y experimentación de métodos y técnicas de cesación del hábito tabáquico.

Existen experiencias en el tratamiento con digitopuntura, acupuntura, hipnosis y recién se inician con homeopatía.

A nivel nacional se ofrecen los servicios, cuya extensión ha sido gradual y paulatina, en la medida en que se han creado condiciones materiales y se ha preparado personal, pero aún no se satisfacen las demandas de la población.

El trabajo de rehabilitación ha tenido aún un menor desarrollo y aunque se han creado algunos Clubes de Exfumadores, éstos no han jugado el papel que les corresponde como apoyo a los que lograron la ruptura con el hábito tabáquico.

Según la experiencia cubana en caso de fumadores se trabaja la terapia grupal combinada que consideramos puede ser ampliado y aplicado en el tratamiento de otras adicciones. Esta alternativa de tratamiento se apoya fundamentalmente en el enfoque grupal y multimodal (empleo de recursos terapéuticos múltiples).

Una propuesta cubana

Según Dionisio .F Saldivar el enfoque grupal permite aprovechar las ventajas del grupo, en cuanto a espacio para la reflexión y búsqueda conjunta de soluciones, en personas que comparten una problemática común. El enfoque multimodal nos posibilita el empleo de recursos múltiples que son utilizados en función de las necesidades de los pacientes y de los requerimientos del tratamiento según la índole de la problemática (tipo de adicción) de que se trate. (9)

Un artículo consultado en Infomed llamado “La terapia grupal combinada en el tratamiento de las adicciones” de Dionisio Saldivar describe una propuesta de terapia grupal combinada como alternativa para el tratamiento de las adicciones; constituye un programa de tratamiento que se estructura de acuerdo a los siguientes elementos:

- 1. Especificación de las tareas que el adicto ha de enfrentar en su proceso de recuperación.*
- 2. Determinar, en función de las tareas de recuperación, los requerimientos del proceso psicoterapéutico.*
- 3. Estructurar, de acuerdo a los dos requerimientos anteriores, el programa de tratamiento correspondiente.*

Algunas de las tareas que el adicto tiene que enfrentar como parte de su proceso de rehabilitación son:

- 1. Toma de conciencia de que ha perdido el control, de que su adicción está afectando su vida en las distintas esferas, personal, laboral y social y de que requiere de tratamiento para su recuperación.*
- 2. Desear verdaderamente la recuperación y tomar conciencia de que la misma pasa, entre otras cuestiones, por la necesaria abstinencia de la sustancia en cuestión.*
- 3. Asumir la responsabilidad por las consecuencias de sus comportamientos vinculados con su adicción.*
- 4. Lograr un conocimiento lo más completo posible, sobre la naturaleza exacta de sus dificultades y problemas y explorar nuevas alternativas de solución.*
- 5. Reconocer, enfrentar y desprenderse de las ideas, creencias, valoraciones y expectativas erróneas que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas.*

6. *Disponerse a ensayar comportamientos diferentes a los asociados al consumo adictivo, recuperar sus intereses y relaciones previas a la adicción y reestructurar su sistema de actividad y empleo del tiempo.*
7. *Aprender a enfrentar posibles presiones y tentaciones que lo motivan a drogarse, desarrollando habilidades y mayor capacidad de auto-control.*
8. *Conocimiento de sus puntos vulnerables en cuanto a posibles recaídas y adquisición de habilidades que le posibiliten enfrentar los mismos.*
9. *Desarrollo de habilidades para enfrentar el síndrome de abstinencia.*
10. *Desarrollo de habilidades que posibiliten el manejo de situaciones tensionales y de estrés, sin tener que recurrir al uso de drogas.*
11. *Aprender a desarrollar y mantener relaciones más armoniosas y creativas con su medio.*
12. *Elaborar nuevos sentidos y proyecto vital que le posibiliten adoptar un nuevo estilo de vida más vulnerable, responsable y sin vínculos con las drogas.*

De los requerimientos anteriores, en tanto tareas de recuperación, se desprenden, entre otras, las siguientes tareas terapéuticas:

1. *Creación de un clima de respeto y aceptación al paciente, mediante el cual se facilite la libre expresión, la reflexión y la toma de conciencia en relación con su problemática adictiva.*
2. *Brindar conocimiento en cuanto al proceso adictivo y de cómo un sujeto se convierte en un adicto (aspecto didáctico).*
3. *Establecer claramente que el objetivo central del tratamiento es la recuperación de los individuos. Precisar los requerimientos.*
4. *Motivar, estimular y apoyar el cambio. Fomentar la responsabilidad.*
5. *Ventilar y aliviar las culpas y resentimientos del paciente.*

6. *Contribuir a la elaboración del duelo y a mitigar la angustia del paciente por su renuncia a la droga.*
7. *Fortalecer o crear en el paciente el sentimiento de competencia personal en cuanto a la posibilidad del control de sus impulsos y deseos de consumir drogas.*
8. *Posibilitar la autoaceptación y el desarrollo de la auto-estima.*
9. *Entrenar y desarrollar en el individuo, diversas habilidades tales como: habilidades para la comunicación interpersonal, habilidades para la solución de problemas y toma de decisiones, habilidades para el auto-control, habilidades asertivas, habilidades para el empleo del tiempo, manejo del estrés y otros.*
10. *Brindar conocimiento sobre las posibles causas de recaídas y entrenar al sujeto para afrontar las mismas, así como los posibles deslices y evitar los efectos del llamado síndrome de violación de la abstinencia.*
11. *Reestructurar el estilo de vida y elaborar un nuevo proyecto existencial acorde con los nuevos sentidos que el sujeto va redescubriendo.*

Estructuración del Programa de Tratamiento

El programa de tratamiento se estructura a partir de un mínimo de 10 sesiones de encuentros, cada una con una duración entre 2, 2 ½ horas de trabajo grupal. El grupo funciona como un grupo cerrado (no admite nuevos miembros una vez iniciado) durante el período de tiempo que se determine (de acuerdo con las posibilidades y condiciones de los participantes; esto es pacientes ambulatorios o ingresados).

En la sesión de inicio, se evalúa las expectativas de los participantes en el grupo, se realiza el encuadre y definición de la tarea del grupo y se entrena a sus miembros en el auto-monitoreo de su comportamiento, dando orientaciones para la auto-observación y auto-registro de los comportamientos, y otros elementos vinculados con la adicción.

A partir de la segunda sesión, la estructura de los encuentros es como sigue:

1. *Chequeo de las tareas terapéuticas, fuera de grupo, que son orientados.*
2. *Minicharla (15 a 20 minutos) sobre temas relacionados con el proceso de adicción y de recuperación.*
3. *Dinámica de discusión grupal a partir del tema tratado en el paso anterior.*
4. *Presentación de estrategias para la elevación de los recursos de afrontamiento de los sujetos.*
5. *Ejercitación en la estrategia presentada.*
6. *Conclusiones y aclaraciones de dudas.*
7. *Orientación de tareas terapéuticas fuera de grupo.*

Los temas tratados mediante las minicharlas son, entre otros, los siguientes:

- *La drogadicción, causas y consecuencias.*
- *El autocontrol, como lograrlo.*
- *Los juegos de renuncia.*
- *Ideas irracionales y estados emocionales negativos.*
- *Adicción y estrés, su control.*
- *Estrategias para lograr la abstinencia.*
- *El síndrome de abstinencia, su enfrentamiento.*
- *El proyecto de vida, análisis de los sentidos personales y existenciales.*

Las estrategias que son presentadas y ejercitadas son, entre otras, las siguientes:

- *Técnicas de auto-control.*
- *Relajación.*
- *Técnica de sensibilización.*

- *Desensibilización progresiva.*
- *Reestructuración cognitiva.*
- *Juegos de Roles.*
- *Psicodrama.*
- *Análisis de juegos de renuncia.*
- *Análisis existencial.*
- *Desarrollo de habilidades sociales: entrenamiento asertivo, solución de problemas y toma de decisiones, manejo y control del estrés.*

En la sesión del cierre, se hace un recuento de lo acontecido, se evalúa el desarrollo del grupo y los progresos de cada paciente y se dispone un programa de seguimiento hasta un año y que contempla: encuentros en el grupo al mes, tres, seis, nueve y 12 meses, contacto telefónico permanente y visitas periódicas por el médico de la familia (en los casos en que esto sea factible).

Conclusiones

- 1- Al referirse al tabaquismo como fenómeno social y práctica nociva nos adentramos en una tarea amplia. Son muchas las aristas que salen alrededor de este interesante tema, por lo que se hace difícil abordar en un solo trabajo toda la diversidad de opiniones y comentarios; investigaciones y descubrimientos; proyectos de intervenciones y estrategias ideados para tratar la práctica milenaria del tabaquismo.
- 2- El hábito de fumar resulta una acción que compromete la salud física y psicológica de quienes lo practican.
- 3- No son pocos los intentos que se realizan diariamente y en todas las latitudes para educar a la sociedad en función de prevenir la adopción de este hábito, practicarlo con respeto hacia los demás y sanar a quienes lo practican y desean o necesitan abandonarlo.

Referencias Bibliográficas

- 1- *Microsoft encarta 2009*
- 2- *Martínez, M. Espacios sin humo. Editorial Científico Técnica. La Habana, 2011.*
- 3- *Artículo de Infomed: "Tabaco o salud: situación en América". Organización Panamericana de la Salud:*
- 4- *Reyes, E. Proyecto Investigativo "Comportamiento del tabaquismo en pacientes internos de la unidad especial SIDA. Dirección Municipal de Salud San José de las Lajas. Mayabeque, Cuba. 2013*
- 5- *Artículo: "Yo no fumo... ¿Y usted? en: Periódico Trabajadores. Lunes 28 de mayo del 2012*
- 6- *González, R. Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil. Editorial Política, la Habana, 2009.*
- 7- *Tabaco y salud en: Wikipedia. 28 de diciembre, 2013.*
- 8- *Artículo (Conoces todo sobre el cigarro): Centro Nacional de Promoción y Educación para la salud*
- 9- *Zaldivar, P. D. La terapia grupal combinada en el tratamiento de las adicciones. Artículo de Infomed en: Portal de salud de Cuba. 26 de septiembre de 2003.*
- 10- *Programa para la prevención y el control del tabaquismo en cuba. Ministerio de salud pública*

Bibliografía

- *Aprenda y viva más. ¿Cómo puedo dejar de fumar? American Heart Association. 2004. Artículo de Infomed.*
- *Artículo de Infomed: “Tabaco o salud: situación en América”. Organización Panamericana de la Salud.*
- Artículo: “Yo no fumo... ¿Y usted? en: Periódico Trabajadores. Lunes 28 de mayo del 2012
- Colectivo de autores. Diccionario básico escolar. 3ra Edición. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2011
- Colectivo de autores. Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. Artículo 95.506. Barcelona, España, 2005.
- Del hábito de fumar, ¿cierto o falso? Periódico Trabajadores. lunes 9 de enero del 2012
- García, H. Asistencia psicológica al alcohol y otros drogadictos. Editorial UH. La Habana, 2011
- González, R. Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil. Editorial Política, la Habana, 2009
- Guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina. 2005
- Gutierrez.D. Revelan perfil de personas que dejan de consumir cigarrillos en: Red Cubana para el Control del Tabaquismo. Junio, 2011
- Informe Mundial de la OMS sobre la Epidemia Global de Tabaquismo. 7 de febrero de 2008
- Microsoft encarta 2009
- Martínez, M. Espacios sin humo. Editorial Científico Técnica. La Habana, 2011.
- Material de promoción “¿Conoces todo sobre el cigarro?”. Centro Nacional de Promoción y Educación para la salud. Plegable promocional
- Monsó. E. ¿Conseguiré dejar de fumar?. Servei de Pneumologia. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

- Red Cubana para el Control del Tabaquismo: Acupuntura e intervenciones relacionadas para el abandono del hábito de fumar. 22 junio 2011
- Reyes, E. Proyecto Investigativo “Comportamiento del tabaquismo en pacientes internos de la unidad especial SIDA. Dirección Municipal de Salud San José de las Lajas. Mayabeque, Cuba. 2013
- Tabaco y salud en: Wikipedia. 28 de diciembre, 2013.