

GUÍA CLÍNICA PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Profa. Dra. María Sáinz Martín

Jefa del Servicio de Medicina Preventiva
del Hospital Clínico San Carlos



DIRECCIÓN CIENTÍFICA

Profa. Dra. María Sáinz Martín
Jefa del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos.
Profa. Facultad de Medicina. UCM.
Presidenta ADEPS-FUNDADEPS

EQUIPO TÉCNICO

Dra. Rebeca Cremades
Dña. Ana González (Coordinadora)

SUPERVISIÓN Y COMUNICACIÓN

D. Antonio Merino
Dña. Nieves Cáceres
D. Hernán Díaz

Edita: FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (FUNDADEPS)
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA 3ª N. 28040 MADRID
TLFS. 913303422 /3705.
www.fundadeps.org
Correo electrónico: fundadeps.hcsc@salud.madrid.org
comunicacion@fundadeps.org

 www.facebook.com/fundadeps

 [@fundadeps](https://twitter.com/fundadeps)

 youtube.com/fundadeps

Diseño y Maquetación: Conosincam

©FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (FUNDADEPS) 2015.
(Reservados todos los derechos de reproducción, TOTAL O PARCIAL, sin el consentimiento por escrito de FUNDADEPS)

Índice

Capítulo 1 Introducción General	7
Educación y Promoción de la Salud	7
Educación para la Salud	7
Promoción de la Salud.....	13
Escenarios y tipos de intervención	16
Profesionales de la Salud	18
Educación para la Salud en el profesional sanitario	18
El profesional sanitario frente al tabaco	18
Importancia del profesional sanitario y sus oportunidades para la intervención	23
Tipos de actuación	25
Capítulo 2 Bases Legislativas y Campañas de Salud	30
Legislación	30
Campañas Preventivas	37
Los medios masivos de comunicación frente al tabaquismo	37
Campañas Mundiales	38
Campañas en Europa	40
Campañas en España	42
Capítulo 3 Epidemiología del Tabaquismo	47
Situación actual de la epidemia en el mundo	47
Prevalencias de consumo en el mundo	48
El tabaquismo y los jóvenes	50
El tabaquismo pasivo	51
Mortalidad a nivel mundial	53
Epidemiología del tabaquismo a nivel europeo	54
Prevalencias de consumo en Europa	54
Tabaquismo y los jóvenes europeos	54
Tabaquismo pasivo en Europa	55
Mortalidad atribuible al tabaco en Europa	55

Epidemiología del tabaquismo en España	57
Prevalencias de consumo	57
Tabaquismo en los jóvenes españoles	58
Tabaquismo pasivo en España	58
Mortalidad atribuible al tabaco en España	58
Capítulo 4 Enfermedades producidas por el tabaquismo	60
Enfermedades producidas por el tabaco en el fumador	61
Enfermedades producidas por el tabaco en la mujer	67
Enfermedades producidas en el Fumador Pasivo	69
Morbilidad Infantil atribuida al humo del tabaco	69
Morbilidad en adultos atribuida al humo del tabaco	70
Sustancias tóxicas del tabaco	72
Capítulo 5 Un modelo de Taller para la Deshabitación Tabáquica	74
¿Qué es un Taller?	74
Taller de trabajo	74
Taller de Deshabitación Tabáquica (TDT)	75
Cómo organizar un Taller de Deshabitación Tabáquica	77
1. Constituir un equipo de trabajo	77
2. Población diana	80
3. Recursos	80
Capítulo 6 Experiencia práctica de un Taller de Deshabitación Tabáquica (TDT)	82
Introducción	82
Planificación y actividades previas a las sesiones	83
Difusión del TDT	83
Captación de pacientes	83
Citación telefónica para la Sesión 1ª	84
Organización del Taller	85
Sesión 1ª	87
Guión de la sesión	87
Documentaciones que necesitamos para la Sesión 1ª (Anexo)	88
Tarea del Coordinador/a de Sesión	89
Tarea del Responsable del TDT.....	89

Sesión 2ª	90
Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión	90
Documentaciones que se necesitan para la Sesión 2ª (Anexo)	91
Tarea del Responsable del TDT.....	91
Sesión 3ª	92
Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión	92
Documentaciones que se necesitan para la Sesión 3ª (Anexo)	94
Tarea del Responsable del TDT.....	94
Sesión 4ª	95
Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión	95
Documentaciones que se necesitan para la Sesión 4ª (Anexo)	96
Tarea del Responsable del TDT.....	97
Sesión 5ª	98
Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión	98
Documentaciones que se necesitan para la Sesión 5ª (Anexo)	99
Tarea del Responsable del TDT.....	99
Sesión 6ª	100
Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión	100
Documentaciones que se necesitan para la Sesión 6 (Anexo)	101
Tarea del Responsable del TDT.....	101
Seguimientos Telefónicos Programados	103
Seguimiento a 1 - 3 meses de finalizar la Sesiones Presenciales	103
Seguimiento a 2 - 6 meses de finalizar la Sesiones Presenciales	103
Seguimiento a 3 - 12 meses de finalizar la Sesiones Presenciales	102
Capítulo 7 Valoración Estadística de un Taller	106
Objetivos	106
Objetivo general	106
Objetivos específicos	106
Material y Métodos	106
Resultados	108
Éxito del TDT	137
Conclusiones	139

Capítulo 8 Para saber más	143
Dónde obtener más información	143
Español	143
Inglés	146
Glosario	147
Bibliografía	152
Adenda	162

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN GENERAL

Educación y Promoción de la Salud

Educación para la Salud

La humanidad a lo largo de la historia siempre ha tenido preocupación por la salud y el bienestar, pero no es hasta el último cuarto del siglo XX cuando aparece la concepción de Educación para la Salud (EpS). Ésta ha sido considerada desde la solución esperada a muchos de los males existentes para algunos, hasta un campo de buenos discursos pero sin fundamentos y lleno de especulaciones para otros. La realidad es que ha significado una mejora en la salud mundial desde que se identificó su importante papel, impreso en la Declaración de Alma Ata (1978) y en la Carta de Ottawa (1986). (5)

A modo de introducción, y para entrar a comprender el concepto de Educación para la Salud de una manera global, hay que conocer primeramente el significado de cada uno de sus términos como tal.

Educación

Dicha palabra tiene su origen en el latín *educare* o *educere*. Su definición completa y revisada a profundidad es compleja por todo lo que entraña, y no es objeto de dicho escrito, no obstante la Real Academia Española la define como:

- Acción y efecto de educar.
- Crianza, enseñanza y doctrina que se da a los niños y a los jóvenes.
- Instrucción por medio de la acción docente.

La educación es, pues, un proceso bidireccional por medio del cual se transfiere un conjunto de saberes, valores, hábitos, formas de pensar y de interaccionar con su entorno. Mediante ella, la persona adquiere las herramientas básicas que le van a ayudar a relacionarse con el mundo exterior, construyendo las bases donde se asienta la personalidad social, moral y la conducta. Siempre responderá a un proceso de enseñanza y aprendizaje que tienen como actor principal al propio individuo.

Salud

El concepto de salud ha sufrido constantes modificaciones a lo largo de su historia, incidiendo a su vez sobre cómo ha ido entendiéndose la Educación para la Salud. Así

queda expresado su dinamismo, presente de forma inevitable por cuanto involucra directamente al ser humano, el cual se caracteriza por mantenerse bajo un cambio permanente. Por este motivo se desprende la idea de que probablemente la salud perfecta no se alcance nunca. Y es que, en el propio individuo son inevitables las continuas oscilaciones.

En *Mirage of Health* (Doubleday, Nueva York, 1959), Dubos lo explica diciendo que eso sería posible para una colonia de hormigas o de abejas con hábitos sociales fijos, pero que mientras el ser humano no se vuelva autómatas, no hay posibilidades de proporcionarle una salud fija y estable para toda su vida. (2)

En sus comienzos la salud fue entendida como la “**no enfermedad**” o “**ausencia de enfermedad**”, concepto que con el tiempo pasó de ser un término negativo a transformarse en uno positivo.

El 22 de julio de 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) firmó la definición de salud mediante los representantes de 61 Estados en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York. Ésta entró en vigor en abril de 1948 y no ha sido modificada hasta el día de hoy. Dice así:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.(1)

Así se volvía un concepto más global, en el que la salud y la enfermedad, el bienestar o malestar no dependían solo de factores individuales y biológicos sino del entorno social y cultural en el cual el individuo vive, en el que se mueve diariamente, trabajando y relacionándose (3).

Más adelante, Milton Terris en 1975 añadía la idea de que en la salud existen dos polos, por un lado el subjetivo que es la sensación de bienestar y por otro lado el objetivo que es mensurable y que correspondería a la capacidad de funcionamiento, detectable en distintos grados. De esta manera la definía como: “**un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedad**” (11).

Los determinantes de la salud, considerándolos como factores o variables que determinan la presencia de salud o de enfermedad, según Marc Lalonde (1974, Canadá) son:

- El biológico humano, tal como la genética, los factores hereditarios o el envejecimiento.
- El medio ambiental, que tiene en cuenta cosas como la contaminación.
- El estilo de vida, como podría ser el tipo de alimentación, el estrés, el consumo de drogas. Este factor es responsable de la mitad de las muertes previsibles.
- El sistema de asistencia sanitaria.(7)

De entre todos ellos, Lalonde coronaba al medio ambiente y al estilo de vida como los que más inciden sobre la salud. Hay que recordar que antiguamente las enfermedades infecciosas encabezaban los índices de mortalidad, pero que hoy en día han sido sustituidas por enfermedades relacionadas con el estilo de vida.(7) Dicho dato arrastra inevitablemente a enfocarse y prestar especial importancia a este ámbito.

Los patrones del comportamiento están delimitados por características personales, sociales, económicas y ambientales, las cuales pueden o no conducir a estilos de vida saludables. Esto confiere al individuo un entorno dinámico, de lo que se obtiene cierta ventaja ante el trabajo de la Promoción y Educación para la Salud cuyo gran objetivo es la búsqueda de cambios de conductas que desemboquen en una vida saludable.

En la Carta de Ottawa escrita en Ginebra en 1986 (3 kvd 10), se define y destaca un gran derecho fundamental del ser humano: el de alcanzar el mejor estado de salud posible. No obstante, para que esto sea viable se necesita de ciertos requisitos como son la paz, recursos económicos adecuados, una buena alimentación, vivienda, acceso a recursos sanitarios básicos y un ecosistema estable, relacionando de esta manera, la salud con las condiciones sociales, económicas y estilos de vida individuales (1).

Otro prisma complementario, ofrecido por la Oficina Regional Europea de la OMS es el que comprende a la salud como un recurso para la vida diaria y no un fin en sí misma, siendo usada para que el individuo logre alcanzar su mejor potencial. Fue definida como: **“la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”**. (3)

Ya en su época, el galeno Serófilo había dicho a Alejandro Magno: “Cuando la salud falta, la sabiduría no puede revelarse, el arte no se manifiesta, la fuerza no puede luchar, la riqueza resulta inútil y no es posible aplicar la inteligencia”.

Educación para la Salud

Como se comentaba, su definición ha ido modificándose con el tiempo, adaptándose al de salud que tanto dinamismo ha presentado, y debido a todos los aspectos que abarca no resulta sencillo encontrar un solo concepto.

Esta actuación va dirigida a comunidades y personas, formando parte del proceso asistencial, que incluye la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. (14)

La EpS está destinada a crear hábitos sanos, a estimular actitudes saludables, ampliar los conocimientos mejorando la alfabetización sanitaria, a favorecer conductas que mejoren la salud, a desarrollar habilidades personales, a enseñar a desechar errores y creencias contrarias, y potenciar una educación que pueda mejorar el bienestar individual y colectivo. (7) Es un proceso formativo que tiene como objetivo responsabilizar a los ciudadanos de su salud individual y colectiva.

En este sentido, la EpS se ha ido enfocando cada vez más en el aprendizaje y el forta-

lecimiento de la autonomía (5), buscando que el individuo reciba un empoderamiento de su salud, que favorecerá su adquisición.

Sin embargo, no hay que dejar atrás el aporte de información teórica al individuo, ya que este aspecto es fundamental, Philip Mounchez, demógrafo francés, decía que: “la ignorancia es más mortífera que la pobreza”. (4) Y a su vez, su puesta en práctica es igualmente importante, como dice el adagio pedagógico: “Si lo oigo lo olvido, si lo leo, lo recuerdo, si lo hago, lo sé”.(8)

En el año 1982, la Dra. María Sáinz en su libro Educación para la Salud, redactaba:

“La Educación para la Salud implica de entrada una información adecuada sobre el tema que se trate, no necesariamente proporcionada por médicos o sanitarios, pero a continuación y como consecuencia de aquella una concienciación individual sobre la responsabilidad propia en relación con su estado de salud y un cambio de comportamiento y actitudes hacia otras más saludables. Información con base científica, concienciación responsable y cambio de actitud o hábitos son las fases indispensables que comprende el moderno concepto de Educación para la Salud.” “El individuo deja de ser sujeto pasivo y toma una parte activa en el mantenimiento e incremento de su propia salud”. (4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1983 describía el concepto de EpS de la siguiente manera:

“La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”.(1)

Además, añadía:

“La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria” (1).

De esta manera la EpS no sólo debe servir para dar información sobre cuáles son los hábitos saludables o sobre la enfermedad. Su propósito es ayudar a que haya cambios de conducta con el fin de tener una vida más saludable, generar elementos positivos para la lucha tanto individual como colectiva. No obstante, es la persona la que acepta esos cambios voluntariamente, los interioriza y los adopta con ayuda de la EpS. Ésta

es la única manera en que esos cambios perduren. En este concepto, es la población la que asume la responsabilidad de su salud (3).

Green en 1989 resaltaba la misma parte importante de EpS, diciendo: "... es una combinación de experiencias de aprendizaje, diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta que conduzcan a la salud" (3).

Expresado desde el ámbito académico, la Generalitat de Cataluña en 1984, exponía:

"Proponemos la Educación para la Salud como un proceso de formación, de responsabilidad del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud".

Para Miguel Costa y Ernesto López (2000), esta educación involucra "los diferentes procesos y experiencias de aprendizaje, con la finalidad de influir positivamente en la salud... Proceso planificado y sistemático de comunicación y enseñanza– aprendizaje orientado a hacer fácil adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo". (6)

United Status Comités on Health Terminology la define como "un proceso de orden intelectual, psicológico y social que comprende actividades destinadas a incrementar la aptitud de los individuos a tomar decisiones – con conocimiento de causa-que afectan a su bienestar personal, familiar y social." (4)

Teniendo en cuenta este punto, hubo un eslogan de la Conferencia Internacional de Educación para la Salud de la OMS celebrada en Londres que hizo una definición corta pero precisa, atribuible como objetivo de la EpS: "**El individuo debe aprender a cuidarse a sí mismo**" (4)

No obstante, un modelo sólo dirigido al individuo y el cambio de sus conductas no es completo. En su desarrollo, la EpS comenzó de manera inconclusa para llegar a lo que entendemos hoy. Podríamos dividir su evolución según Salleras (1990) en dos grandes etapas:

1. La primera llamada Clásica. Comenzó a principios de siglo y llegó hasta mediados de los años sesenta. Al principio fue dada importancia a la transmisión de la información, complementándose después con la preocupación por el comportamiento, de manera que lo que se buscaba eran intervenciones destinadas al cambio de conducta y estilos de vida. (9)

2. La segunda etapa nació del fracaso de la anterior. Se descubrió que no sólo había que dirigirse al individuo y al cambio de sus conductas, sino que existían más factores que lo influenciaban, tales como lo social, ambiental y la desigualdad económica. Así es como se ubica al individuo en un contexto, del que surge una educación para la salud

participativa, crítica, emancipadora. (9)

Teniendo en cuenta esto, M. y E., marcaron como objetivos de la EpS: (6)

- Conseguir que sea un derecho colectivo, con responsabilidad individual y comunitaria. (6)
- Modificar las conductas dañinas para la salud física y/o psicosocial del individuo y de la comunidad. (6)
- Promover conductas saludables, que promuevan y restauren la salud del individuo y la comunidad. (6)
- Generar estrategias en el contexto físico, psicosocial y cultural que permitan que estas conductas saludables puedan alcanzarse y perdurar en el tiempo. (6).
- Dar herramientas para que haya participación activa en la toma de decisiones que lleven a estilos de vida saludables, individual y comunitaria.(6)

Así la finalidad global se divide en dos partes:

1.Prevenir la enfermedad:

- Reduciendo factores de riesgo e incrementando los de prevención. Son condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que alteran la salud.(1)
- Descubriendo precozmente los problemas de salud.
- Ayudando a que hayan cambios de conducta para el tratamiento y para evitar recaídas.

2.**Promocionar la salud:** capacitando a los individuos para definir sus problemas, que sepan qué pueden hacer con sus propios recursos decidiendo cuales son las actividades adecuadas para promover una vida sana. (7)

El condicionante social actúa de manera transversal a dichas finalidades. Por tanto, hay que intervenir en los contextos del individuo, tarea que se vuelve difícil cuando los cambios que hay que realizar son muchos (por ejemplo, el dejar de fumar, muchas veces significa cambiar de amigos, de ambiente y aficiones, etc...). Es necesario entonces delimitar la conducta dañina principal, la que esté más relacionada con las demás, para que una vez cambiada ésta sea más fácil acceder al resto de comportamientos. (7)

Marco Legal

En la cartera de servicios de Atención Primaria de INSALUD, 2001, nos encontramos con servicios y normas técnicas que están relacionadas con la educación para la salud. De los 38 servicios existentes, hay 25 que incluyen estos aspectos de educación para la salud. De las 138 normas de la Cartera de Servicios, hay 45 relacionadas con acciones de EpS. Estas actuaciones son de información, consejo individual, educación

a grupos y educación en centros educativos. (14)

La atención integral en salud hacia la población consta de:

- 1.Asistencia: primaria y especializada
- 2.Prevenición: primaria, secundaria y terciaria
- 3.Adaptación social a un problema crónico: rehabilitación, cuidados e integración
- 4.Promoción de la salud: dirigida a la implicación del individuo en el desarrollo y disfrute de su salud. (14)

La promoción de la salud constituye un escalón dentro de la atención integral, y la EpS es un instrumento transversal que actúa y afecta a cada uno de los niveles descritos. (14)

En un principio la Educación para la Salud era un término más amplio que abarcaba la movilización social y abogaba por la salud. Ahora todo esto está incluido en Promoción de la Salud (1). “La promoción de la salud está pues, integrada en el primer nivel de la asistencia sanitaria, y ello a través de las actividades de Educación para la Salud”.(4)

Por lo tanto la EpS funciona como un instrumento, una herramienta que hace posible la promoción de la salud.(3)

Promoción de la Salud

La promoción de la salud proporciona los medios necesarios para mejorar la salud de las personas, y esto es algo que no concierne exclusivamente al sector sanitario. (13)

En 1986, la OMS mediante la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, la definió como “**el proceso que capacita a las personas para controlar y mejorar su salud**”.

Así continuaba exponiendo que ésta constituye un proceso político y social que engloba tanto a los individuos como a las condiciones sociales, ambientales y económicas. Permite a las personas tener un mayor control sobre los factores que determinan su salud para mejorarla. Por eso la participación es básica para sustentar sus acciones. (1)

Dicha carta resalta tres estrategias que son básicas para la promoción de la salud: promover que los individuos desarrollen su máximo potencial saludable, crear condiciones sanitarias óptimas y apoyar la salud como interés primordial entre los encontrados en la sociedad (1).

Los cinco objetivos que tienen estas estrategias, son:

- 1.**Implementar una política pública saludable.** Para ello se necesita la acción de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, industria y medios de comunicación.

(13)

2. **Crear ambientes que apoyen la salud.** Estos entornos llevan como objetivo proteger frente a posibles amenazas contra la salud. Son lugares donde viven las personas, como su hogar, comunidad, lugar de trabajo y social. Incluyen el acceso a recursos sanitarios y su empoderamiento. Para crearlos se necesita la acción política directa, la económica y la social. (1)
3. **Fortalecer la acción comunitaria para la salud.** Ya que es la base para que la promoción de la salud sea efectiva. Estimula que la comunidad participe en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y estrategias de planificación para llegar a un mejor nivel de salud.(13)
4. **Desarrollar las habilidades personales.** Proporcionar la información y educación sanitaria indispensable que perfeccione las aptitudes para la vida. Favorece el desarrollo personal y social, facilitando así también los medios para afrontar las diferentes etapas de la vida y confrontar enfermedades y lesiones crónicas. Así la población ejerce mayor control sobre su propia salud para optar por todo aquello que la mejore. (13)
5. **Reorientar los servicios sanitarios.** Tanto los individuos como grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones y servicios sanitarios, y gobiernos deben cooperar, trabajando conjuntamente para lograr un sistema de protección de la salud. Así también prestar más atención a la investigación sanitaria, cambios en la educación y la formación profesional. Esto producirá un cambio de actitud y organización de los servicios de tal manera que se gire en torno al individuo y sus necesidades como un todo. (1, 13)

La Declaración de Yakarta (julio 1997) fue originada para guiar cómo la promoción de la salud se iba a manejar en el siglo XXI, asegurando que estas medidas son necesarias para todos los países, y que un enfoque global para el desarrollo de la salud es el más eficaz. Se resolvió llevar a cabo cinco acciones que funcionarían como los medios empleados para tal fin: (12)

1. Promover la responsabilidad social para la salud
2. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
3. Expandir la colaboración para la promoción de la salud
4. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento del individuo
5. Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud (12)

Si bien cada una de ellas tiene efecto por sí solas, se vuelven más eficaces cuando se usan combinadas. Los lugares que ofrecen la oportunidad de ser desarrolladas ampliamente son ciudades, municipios, comunidades locales, escuelas, instituciones sanitarias

y sitios de trabajo.

Para llevarlas a cabo, la participación es básica, recordando que el individuo es el centro de las acciones de promoción de la salud y forma parte importante de la toma de decisiones. Los motores principales de la participación son el aprendizaje acerca de salud, el tener acceso a la información y sobretodos ellos, el empoderamiento de cada persona y comunidad.(12)

Marco Legal

El papel de la promoción y educación para la salud es fundamental en el desarrollo de políticas que respondan de manera efectiva a las nuevas necesidades sanitarias de la sociedad. Así queda registrado en el ámbito legislativo español. (14)

La Constitución en el artículo 43 expone el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria. (14)

En la Ley 14/86 General de Sanidad, en su artículo 6 explicita que las acciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. (14)

La política de Salud 21 para la Región Europea de la OMS ha descrito veintiún objetivos de Salud para todos para el desarrollo de las políticas sanitarias de dicha región, que se agrupan en los siguientes puntos:

- Garantizar la equidad.
- Mejorar la salud en las transiciones vitales.
- Prevenir y controlar las enfermedades y accidentes.
- Desarrollar estrategias de salud intersectoriales.
- Orientar el sector sanitario hacia resultados de salud.
- Establecer políticas y mecanismos de gestión del cambio. (14)

La formación en Promoción de Salud

Respecto a la formación, el objetivo 18 de Salud 21 dirigido a desarrollar los recursos humanos para la salud, refiere que para el año 2010, todos los estados miembros deberán garantizar que los profesionales sanitarios y de otros sectores hayan adquirido los conocimientos, actitudes y las cualificaciones necesarias para proteger y promover la salud. (14)

Springett dice que los requisitos para una intervención de calidad son: tener los recursos adecuados, que la organización promotora de la iniciativa tenga una cultura de mejora continua y sobre todo una correcta formación del personal. (14)

Evans y Speller nombraron seis funciones del trabajo de promoción para la salud: Planificación de la estrategia, gestión del programa, seguimiento y evaluación, educación y formación, recursos e información, ayuda y orientación metodológica.

De aquí se rescata que una condición sine qua non para desarrollar un programa de calidad, es disponer de un equipo de trabajo competente, formado y motivado (14).

Escenarios y tipos de intervención

Los ámbitos de actuación de la Educación y Promoción de la salud son lugares donde diferentes grupos poblacionales conviven, se reúnen y/o trabajan, ya que para que sean eficaces hay que realizarlos en los espacios más habituales de sociabilidad. Estos suelen ser servicios sanitarios y sociales, el medio escolar y el ámbito social. (14)

Hay varios tipos de intervención a nivel comunitario:

- Consejo y asesoramiento.** Para personas que van a una consulta profesional. Es breve y se aprovecha la atención personal.
- Educación para la salud individual.** Serie de consultas que se organizan entre profesional y usuario.
- Educación para la salud grupal o colectiva.** Intervenciones en grupos homogéneos o dirigidos a la comunidad con un problema o aspecto de salud concreto, o bien desarrollo de talleres, cursos o sesiones para concienciar sobre factores determinantes de salud.
- Información y comunicación.** Participación en los medios masivos de comunicación, elaboración y uso de diferentes herramientas de información como folletos, carteles, murales, etc...
- Acción y dinamización social. Dirigido a la comunidad.** Modificación de normas sociales y trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y diferentes grupos.
- Medidas de abogacía por la salud en la promoción de la salud local.** Realización de estrategias intersectoriales, modificación de las organizaciones en los servicios y medidas legislativas, económicas y/o técnico-administrativas.(14)

La Promoción de la Salud es un instrumento que hoy en día es imprescindible y forma parte de una estrategia básica como respuesta a los problemas y situaciones de salud actuales, dirigiendo los esfuerzos a la obtención de un nivel sanitario compatible con una buena calidad de vida. Se necesita una sensibilización y captación técnica que haga posible la promoción de la salud del individuo, familia y comunidad, para que ellos se responsabilicen en la solución de los problemas, junto con organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores.(14)

Hospitales promotores de salud (1)

No se quiere dejar de lado esta responsabilidad que recae sobre los hospitales como institución sanitaria cuando se habla de promoción de la salud.

Éstos ya se han unido, desde 1988, formando una red internacional que busca inspirar este concepto entre los hospitales y centros de asistencia sanitaria. Un Hospital promotor de salud es aquel que además de los servicios médicos y de enfermería, lleva a cabo objetivos, desarrolla una estructura y una cultura organizativa de promoción de la salud. Tiene una participación activa de pacientes y del personal haciendo un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su comunidad. (1)

Profesionales de la Salud

Educación para la Salud en el profesional sanitario

Se ha comentado la importancia de la Educación para la Salud (EpS) en el apartado anterior, pero ésta adquiere un plano principal cuando la relacionamos con los profesionales de las Ciencias de la Salud. En este ámbito, se afirma como una herramienta de trabajo imprescindible que dichos profesionales deberían desarrollar para adaptarse a las necesidades y demandas sociosanitarias. (8EpS)

Aun así continúa siendo complejo a la hora de incorporarla a la práctica del personal sanitario. No hay una formación clara, y muchas veces se hace más con voluntad que con preparación. (3EpS)

Pero, ¿por qué es un elemento esencial en la actuación de los profesionales de la salud? Primero, porque la salud no se ve afectada únicamente por epidemias o enfermedades prevalentes, sino que se ve amenazada por hábitos y estilos de vida no saludables como el sedentarismo, consumo de tóxicos, dietas desequilibradas y otros que terminan afectando la salud negativamente. El problema es que conseguir una modificación de los hábitos no se puede imponer ni “recetar”, y necesita la plena participación del individuo. Llevada a la práctica profesional podría hacer la diferencia en el control de muchas enfermedades crónicas. (3EpS)

Y, segundo, porque cada vez más las personas quieren jugar un papel en la toma de decisiones referentes a su salud o control de su enfermedad, y la EpS les capacita para ello. (3EpS)

El profesional sanitario frente al tabaco

Cuando se hace referencia aquí al término “profesional de salud”, no sólo se refiere al trabajo médico, sino al de enfermería, psicología, psiquiatría, farmacia, odontología, quiroprácticos y otras profesiones de la salud relacionadas, según se nombraba en el congreso de la OMS celebrado en Ginebra en el año 2005 (4).

Marco legal

Sobre cómo deben actuar los profesionales de la salud ante el tabaquismo, quedó instaurado el 15 de Septiembre mediante el Real Decreto 1030/2006 que estableció la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. (6)

No obstante para una asistencia de calidad para el tratamiento del tabaquismo se debe ir más allá que la sola ordenación de los servicios sanitarios. Hay que integrar actividades que pueden abarcar desde programas amplios para la comunidad como campañas

o concursos comunitarios, programas virtuales a través de Internet, servicios telefónicos, distribución de materiales de auto-ayuda y otros, hasta el tratamiento intensivo y especializado para grupos de alto riesgo. (6)

Trabajo en equipo

La influencia del profesional ante la problemática del tabaco es muy importante, pero sería mucho menos efectiva si no contara con el apoyo de todo un equipo que trabaja en conjunto. (3)

J.J. Rodríguez Sendín, 2006, decía que está demostrado que el colectivo del profesional sanitario es el que tiene mayor capacidad de influencia positiva o negativa ante el tabaquismo en la comunidad. (6) Médicos/as y enfermeros/as tienen un rol importante ofreciendo intervenciones de cesación efectivas (8). Actúan tanto con su ejemplo como mediante estrategias de educación sanitaria, motivando y preparando al paciente para la deshabituación. Además conducen al fumador que desee dejarlo, seleccionando a aquellos que se encuentren en grupos de riesgo y necesiten una intervención más intensiva. (6)

Aun así no hay ninguna disciplina profesional predilecta sobre otra. Cada una trabaja desde su área y en su ocupación, encajando como piezas de un puzzle al que se considera el equipo. Para realizar intervenciones en contra del tabaco, hay ciertas características que son importantes, como tener acceso a quienes fuman, tener una capacitación profesional para la tarea y la experiencia e interés del propio profesional. Actuar bajo dichos criterios tiene mayor importancia que la disciplina profesional en sí. (6)

Capacitación del Personal Sanitario

Los profesionales de la salud deberían ser el ejemplo de lo que refleja una sociedad saludable, punto que les lleva directamente a involucrarse en la lucha antitabáquica. (7)

Para ello es indispensable que posean los conocimientos necesarios para prevenir y tratar el consumo del tabaco. Distintas encuestas reflejaron que sólo el 53,3% de los profesionales sanitarios decían tenerlos. (10) Por tanto, es preciso que exista una capacitación sistemática.

Se realizó una Encuesta Mundial de Profesionales de la Salud a estudiantes de cuatro disciplinas relacionadas con la salud. Fue publicada por la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y la OMS. Allí se encontró que a pesar de que el 90% creían que deberían asesorar a los pacientes sobre técnicas específicas para que dejaran de fumar, sólo el 5 al 37% decían haber recibido formación al respecto durante la carrera. (5)

Esto es importante, ya que los estudiantes que reciben enseñanza y desarrollan co-

nocimientos y habilidades en cuanto al control del tabaco en sus años de estudio, son más eficientes en prevenir el uso del tabaco y apoyar los esfuerzos de cese de sus pacientes, además de más capaces de manejar prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tabaco. (7)

De esta manera afirmaba la Dra. Julie L. Gerberding, directora de los CDC: “Es importante que las escuelas, las organizaciones de salud pública y las autoridades responsables de la educación colaboren para que los profesionales de la salud cuenten con instrumentos para reducir el uso de tabaco entre sus pacientes”.

Perfil del Profesional Sanitario

La medicina preventiva tiene una trascendencia importante en la actuación profesional, al igual que el aspecto educativo y la psicología que están tan estrechamente relacionados. El del profesional sanitario debe ser un perfil orientado, o fundamentado en la prevención. Si hablamos de tabaquismo, se puede actuar a diferentes niveles, incitando estilos de vida saludables, evitando el inicio del consumo de tabaco o provocando su abandono para evitar las enfermedades que ocasiona.

Se entiende a la **medicina preventiva** como aquella área que: “Incluye la definición, promoción, planificación, ejecución y evaluación de aquellas actividades de prevención llevadas a cabo desde las instituciones asistenciales, sean hospitalarias o extrahospitalarias, respecto a individuos colectivos o grupos de riesgo incluidos en el ámbito de actuación de dichas instituciones”. (11)

Abarca ciertas competencias que lo preparan a estar capacitado, en conocimientos, habilidades y actitudes, para desempeñar las funciones consideradas como básicas y propias del profesional. Algunas referidas en el BOE nº 152 de 2005 son:

- Analizar y valorar las necesidades y situación sanitaria de la población.
- Describir y analizar la asociación de los factores de riesgo y los problemas de salud.
- Control de las enfermedades y las situaciones de emergencia.
- Desarrollar políticas de salud y su defensa.
- Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias.
- Fomentar la participación social y el control de los ciudadanos sobre su propia salud.

A parte de la medicina preventiva y en relación a ésta, el profesional tiene un rol en **promoción de la salud** que debe ejercer, la cual “incluye el diseño y la gestión de políticas públicas saludables, el reforzamiento de la acción y la participación comunitaria, el desarrollo de la educación para la salud y la reorientación de los servicios sanitarios.” (11)

Las actividades de promoción para la salud incluyen:

- Comprender y diseñar estrategias de promoción y educación para la salud.
- Diseñar, realizar y evaluar programas de promoción y educación para la salud en distintos escenarios (escuela, servicios de salud, entorno comunitario).
- Identificar aquellas necesidades y problemas de salud susceptibles de intervención modificando los elementos socioculturales, de género y del medio ambiente.
- Conocer y aplicar los métodos y técnicas de investigación social más útiles para el estudio de los determinantes **socio-culturales y psicosociales** de la salud de la población.
- Diseñar, planificar, desarrollar y evaluar estrategias de intervención en la comunidad que promuevan la participación comunitaria y la salud. (11)

Papel del Profesional Sanitario

Antes de nombrar lo que puede hacer el profesional de la salud, tenemos que tener en cuenta un punto legislativo referente a los derechos del paciente. En la Ley 41/2002, art. 6, se incluye lo siguiente:

“Derecho a la información epidemiológica: Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para la salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud” (9)

Esto encaja perfectamente cuando pensamos en tabaquismo. El papel que desempeña el profesional de salud frente al tema del tabaco podemos desglosarlo en varias áreas, en la que actúa como modelo, educador, promotor de la salud, terapeuta y legislador en salud.

- 1.**Modelo.** Es indiscutible cómo el personal sanitario es un modelo de conducta en referencia a la salud. Si él mismo no fuma, crea un entorno hostil hacia el tabaco percibido por el paciente, que ve como el profesional lo encuentra perjudicial para sí mismo hasta el punto de no consumirlo. Al tener contacto con tantas personas es un grupo profesional cuyo estilo de vida tiene una relevancia clave en relación al tabaco para promover estilos de vida saludable, y en concreto el abandono del tabaco o prevención de su consumo. (2). Lo que juega en contra de este hecho, si bien ha ido en descenso, es la cantidad de profesionales de la salud que aún fuman, dando un doble mensaje a la comunidad.
- 2.**Educador.** El profesional de la salud, tiene un papel fundamental como educador a la hora de incidir en la salud de la población. Pueden proveer consejo, orientación y responder a las preguntas que los individuos tengan en cuanto a consecuencias del tabaquismo y a la exposición pasiva del humo. (4) Debido a sus conocimientos, el

personal sanitario está preparado para brindar información y educar a sus pacientes.

3. **Promotor de estilos de vida.** Como ya se comentó previamente, la prevención de las enfermedades y el cuidado de la salud de la población es en gran parte responsabilidad de los profesionales de la salud. Éstos deberían jugar un papel constante en las medidas preventivas, especialmente cuando consideramos la juventud. Tienen la oportunidad de promover los cambios de norma social, y avisar a niños y adolescentes de los peligros del tabaco. (7)
4. **Terapeuta.** Si bien hay un alto porcentaje de la población que fuma, y quiere abandonar el hábito, solo un 2% de los intentos se acompañan de un tratamiento adecuado. (9) Esto ayuda a su abandono sobre todo en los casos de más riesgo, teniendo en cuenta siempre la importancia de la fuerza de voluntad.
5. **Legislativo.** A este nivel los profesionales de la salud pueden utilizar su influencia en sus comunidades locales, nacionales e internacionales para promover medidas de prevención que controlen el tabaco y que sean efectivas. Una de las actividades más importantes que pueden desarrollar y llevar a cabo los profesionales en la actualidad es la promoción e implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). (4)

Resumiendo, sus actividades consisten en (1):

- Un rol educativo, en el que analizan necesidades, proyectan los objetivos, definen las estrategias adecuadas y realizan un seguimiento y evaluación de cada proceso educativo.
- Identificar las necesidades sanitarias, bajo un prisma biopsicosocial.
- Trabajar en equipo.
- Comunicación con la comunidad con la que se trabaja, con otros profesionales, y con gestores y directivos de su institución.
- Búsqueda de implicación y participación de todos los colectivos interesados. Saber negociar objetivos y estrategias de promoción para tomar decisiones conjuntamente.
- Conseguir el empoderamiento de los grupos y colectivos interesados.
- Programar intervenciones realistas que sean sostenibles y adaptadas al contexto social e institucional donde se van a realizar.
- Abogar a favor de la salud, asesorar, tanto a nivel local como institucional.
- Capacitarse para trabajar compartiendo diferentes lenguajes, espacios, organizaciones, y puntos de vista distintos pero complementarios para los programas y planes de corresponsabilidad compartida (1).

-Enviar mensajes sobre un estilo de vida saludable, son útiles tanto para las personas que ya se han visto afectadas por el consumo del tabaco como para las que todavía no han sufrido ninguna enfermedad como consecuencia del tabaquismo.(3)

Importancia del profesional sanitario y sus oportunidades para la intervención

Ayudar al paciente fumador a dejar el hábito puede constituir una de las intervenciones más importantes concernientes a la salud del mismo, ya que es una medida que incide directamente sobre su calidad y esperanza de vida.(3)

Muchos de los fumadores son conscientes del daño que origina en su salud tal hábito, produciéndoles un malestar que les lleva a la idea de querer abandonar su consumo. Lamentablemente muchos de ellos no reciben el estímulo adecuado para llevarlo a cabo o no saben muy bien cómo hacerlo ni a quién recurrir.

Prácticamente 2 de cada 3 fumadores quieren dejar de fumar, y de hecho la mayoría lo han intentado. Este hecho favorece discutir sobre el tabaco en la consulta, ya que los que acuden son más receptivos al cese. Además se les añaden problemas de salud que los incentivan a dejarlo. Ya que en Atención Primaria se llega a conocer al paciente y su entorno social, es más probable que haya un seguimiento a largo plazo. Por otro lado, los pacientes esperan que al ser atendidos, el personal sanitario se preocupe por sus hábitos y su estilo de vida, saliendo más satisfechos de su consulta si el profesional ha tenido en cuenta el área del tabaquismo. (6)

Según la Encuesta de Salud de Navarra, el 65% de los fumadores habituales quisiera dejarlo, y se sabe que más de la mitad de los fumadores que han acudido a un centro de salud en los últimos 5 años no han recibido consejo de abandono de tabaco en ninguna ocasión. (3)

A parte de esta población, el profesional sanitario se encuentra con el grupo de aquellos que han dejado de fumar durante un año o menos, y que se enfrentan a la etapa de mayor vulnerabilidad ante las recaídas. Hay que ser conscientes y rescatar la importancia de esto, ya que todos ellos son susceptibles de recibir la ayuda de dichos profesionales.

Un 75% de la población acude a consulta de medicina de familia al menos una vez al año, con un promedio de 5 a 6 visitas anuales, y son los pacientes fumadores los que consultan con una mayor frecuencia. Esto sitúa a la Atención Primaria en el foco del problema y con un movimiento de actuación muy grande. Se estima que si cada médico de familia realizara el consejo sanitario protocolizado y de forma sistemática en las consultas, se podría lograr que hasta un 5% de los fumadores, es decir, 500.000 personas dejaran de fumar cada año en España. (6)

Además, las ventajas de los profesionales sanitarios a tratar este tema se basa, no sólo en

el acceso a un alto porcentaje de la población, sino que poseen la credibilidad y la confianza de los pacientes, a los cuales pueden servir también de modelo de salud, ayudándolos a modificar sus hábitos. (5)

No hay que olvidar la responsabilidad del profesional de proteger la salud del paciente, encargándose de ella como experto que es en el cuidado de la misma.

Por todo esto es importante que haya un fuerte compromiso de parte de los profesionales de la salud para conseguir un impacto sanitario en la población. Usando su posición como estrategia de asistencia al tabaquismo, de fácil accesibilidad y que puede tener una continuidad en el tratamiento para el cese en las personas que fuman. (6)

“Por último, mencionar la importancia que tiene el profesional de la salud con su función social, ya que las implicaciones sociales del tabaquismo, determinadas en gran parte por la “normalización” del hábito, hacen que los profesionales sanitarios deban tener un papel activo en esta faceta tanto a nivel individual como colectivo a través de las asociaciones y sociedades científicas”. (9) (M^a Ángeles Planchuelo, 2005).

Organización Mundial de la Salud

Descubierta la importancia del profesional de salud de cara a la lucha contra el tabaco, en el año 2005, la OMS celebró el Día Mundial sin Tabaco centrándose en su papel fundamental, animándolos a participar activamente, y reconociendo su posición e influencias únicas en las comunidades. (4) El lema que se propuso fue: “*Profesionales de la salud contra el tabaco: acción y respuestas*”.

Anteriormente, la OMS había realizado una junta con las organizaciones internacionales representativas de los profesionales de la salud para averiguar las formas en las que éstos podrían participar más activamente. En el año 2004, dichas asociaciones sanitarias deliberaron y crearon lo que a ellos les gustaría que fuera el código estándar de prácticas para control de tabaco en sus organizaciones, describiendo 14 maneras tangibles. Incluían, que las asociaciones y sus miembros debían dar ejemplo a sus pacientes, que los lugares de trabajo y los públicos estuvieran libres de humo, apoyar el proceso político contra la lucha o comprometiéndose con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (5) El código de prácticas fue adoptado por todos los representativos presentes en la junta y fue promocionado y compartido desde sus miembros y afiliados. Así acordaron que ellos tenían que ser un modelo para otros. (7)

Como conclusión, el Dr. Lee Jong-Wook, Director General de la OMS, señalaba que “la comunidad sanitaria desempeña un papel decisivo en el esfuerzo mundial por combatir esta epidemia. Los profesionales de la salud se encuentran en primera línea, por lo que deben contar con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ayudar a las personas a dejar de fumar y deben servir de ejemplo, dejando de consumir tabaco los que aún lo hagan.” (5)

Tipos de actuación

Se pueden hacer numerosas intervenciones, diferenciadas entre sí por el tiempo empleado y complejidad. Enumerando las existentes, nos encontramos desde las más simples, a las que involucran mayores esfuerzos por parte del profesional de la salud, tal como se expondrá a continuación.

Historia Clínica

Es una actuación breve pero llena de importancia y trascendencia para el paciente fumador. Se debería realizar un registro sistemático del consumo de tabaco en la historia clínica de cada paciente, ya que el primer paso para dar atención al paciente fumador es su diagnóstico. Circunstancia que brinda una oportunidad para el consejo sanitario enfocado a dejar de fumar. Esta práctica debiera ser generalizada y puesta en práctica de manera rutinaria, ya que se destaca su eficiencia. Debiera estar en la cartera de servicios básicos como queda reflejado en el Real Decreto 1030/2006. (6)

Además sirve para localizar y tener en cuenta el riesgo especial que poseen algunas personas que se encuentran en peores circunstancias, agravándose mucho más los efectos del tabaco en ellas, tal como los pacientes con historia de isquemia cardíaca, patologías de las arterias periféricas, hipertensión, diabetes, bronquitis, enfisema, mujeres embarazadas y las que están bajo anticonceptivos orales. (3)

Intervenciones

Van enfocadas a personas fumadoras que quieren abandonar el hábito, usando actuaciones probadas de bajo coste y alto beneficio para la salud. La ayuda a la cesación tabáquica desde la Red de Atención Sanitaria se puede resumir en tres acciones:

1. Consejo sistematizado: llamado también “*Mínima intervención*” o “*Consejo breve*”. Se realiza en la consulta asistencial, donde se hace una breve actuación. Se recomienda que sea desarrollada por el profesional de medicina en la consulta de demanda, si bien, la puede llevar a cabo cualquier profesional de salud en su práctica profesional.

Los estudios han mostrado que simplemente con consejos breves del profesional, la abstinencia al tabaco llega a aumentar hasta en un 30%. Las intervenciones realizadas por enfermería para abandonar el consumo de tabaco, aumenta las probabilidades del cese hasta en un 50%. (5)

Según Russell y Cols, 1979, el efecto del consejo del médico de familia sobre el tabaco tiene como resultados un porcentaje de pacientes que siguen sin fumar al cabo de un año después de abandonar el tabaco del:

-5,1% de aquellos que preguntaron sobre el hábito, recibieron consejo de abandono, folleto y aviso de seguimiento.

- 3,3% de aquellos que preguntaron sobre el hábito y recibieron consejo de abandono.
- 1,6% de aquellos que sólo preguntaron sobre el hábito.
- 0,3% controles. (3)

¿Cómo realizar el Consejo Breve?

a. Preguntar si fuma y dejar el registro en la historia clínica.

- Si fuma: anotar “fumador/a” en la sección de hábitos de la historia clínica y la fecha.
- No fuma: escribirlo en la misma sección y poner la fecha.
- Ex-fumador: dejar el registro y preguntar si necesita ayuda.

b. **Aconsejar:** “Para su salud es mejor que deje de fumar. ¿Ha pensado en dejarlo? ¿Desea ayuda?”

- No: Si esa fuera la respuesta, se sugiere abandonar el consejo y volver a intentarlo pasado un tiempo prudente que se aconseja sea de 6 a 12 meses. Anotarlo en la historia clínica e informar al paciente que se está dispuesto a ayudarlo si cambia de opinión.
- Dudoso: informar al paciente que se está dispuesto a ayudarlo cuando se decida.

c. **Si decide dejar de fumar.** Apoyarlo, entregar folletos para dejar de fumar. Informarle del taller de deshabituación tabáquica.

d. **Ofrecer ayuda.** En una consulta posterior, se recomienda alrededor de 1-2 semanas, ya sea telefónica o por citación en la consulta.

e. **Anotar en la historia clínica.** En la hoja de evolución de su historia, “Consejo abandono tabaco” y la fecha, para facilitar el seguimiento. Si parece oportuno, anotar otros posibles apoyos realizados y la evolución. (3)

2. **Apoyo programado individual:** Esta ayuda es personalizada, apoyada con técnicas de refuerzo y tratamiento farmacológico sustitutivo cuando así se requiera. Para los tratamientos farmacológicos de Bupropión se necesita la prescripción facultativa. Suelen ser de 4 o 6 consultas de corta duración. Como sugerencia, esta intervención puede ser realizada por el personal de enfermería en las consultas programadas.

3. **Apoyo programado grupal:** Aquí se aborda el cese de la dependencia al tabaco bajo técnicas de apoyo grupal. Lo idóneo es que este tipo de intervención lo organizara un grupo multidisciplinar dentro de los propios profesionales de equipo. Deben ser adaptados individualmente a las características particulares del propio paciente en el proceso de abandono del tabaco (3)

Es importante enfatizar que el deseo de dejar de fumar va de la mano al esfuerzo personal si se quiere lograr el éxito. (3) No hay ningún método mágico, y es el propio paciente el que puede ayudarse así mismo, para lo que necesita motivación y voluntad para llegar a la abstinencia. (10) Sería recomendable completar esta actividad con adquisición de estilos de vida más saludables. (6)

Niveles de intervención

Una de las barreras a la hora de llevar a cabo estas intervenciones es la falta de tiempo, o al menos la percepción de que no hay el tiempo necesario para hacer un consejo de cesación efectivo. (8)

Litt J, et al., 2003, realizaron una pirámide con diferentes niveles de actuación, clasificados según el tiempo empleado, dando así una guía a los pasos que el profesional de salud puede tomar en cada caso. La base de la pirámide muestra intervenciones que no requieren tiempo de consulta, esto supone una opción que no incrementa la presión sobre el tiempo limitado del que se dispone. Yendo hacia arriba en la pirámide, aumenta la intensidad y el tiempo empleado en las intervenciones. (8) Comenzando desde la base nos encontramos:

1. **Práctica antitabáquica:** Consiste en la identificación rutinaria del estado de fumador de los pacientes, el uso de pósters, promoción de materiales de autoayuda y líneas para contactar con los servicios de cesación tabáquica en la sala de espera.
2. **Intervención breve:** Consejo oportunista en menos de un minuto. En él se pregunta a fumadores y no fumadores acerca de su estado con el tabaco, se les asesora si desearan dejar de fumar proporcionándoles materiales de autoayuda y su correspondiente derivación al servicio de cesación tabáquica disponible.
3. **Intervención moderada:** Consejo en 2 a 5 minutos. Consiste en preguntar a fumadores y no fumadores acerca de su estado con el tabaco, asesorar si desearan dejar de fumar, sobre la dependencia y las barreras para abandonar el tabaco, aconsejar con estrategias para sobreponerse a las barreras, proporcionar materiales de autoayuda, poner una fecha para dejar de fumar ofrecer farmacoterapia y arreglar seguimiento o derivar a servicio de cesación tabáquica.
4. **Intervención intensa:** Consejo si hay más de 5 minutos disponibles. Involucra: Preguntar a fumadores y ex fumadores acerca de su estado con el tabaco, asesorar si desean dejar de fumar, sobre la dependencia y las barreras para abandonar el tabaco y las situaciones de alto riesgo, explorar la seguridad que tiene el paciente en su capacidad de cesación. Aconsejar de las estrategias para sobreponerse a las barreras, aleccionar sobre herramientas para la dependencia, hábito o emociones negativas. Tormenta de ideas sobre la soluciones y desarrollar un plan para abandonar el tabaco, ofrecer farmacoterapia y arreglar consultas de seguimiento o derivar a servicio de cesación tabáquica.

¿Cómo apoyar e incentivar al fumador a abandonar el hábito? Un estilo motivacional, sin juzgar durante las consultas, engancha más a los pacientes que el contrario. Jugar el rol de un compañero que pregunta y explora la determinación del fumador a dejar el hábito es lo más útil. Las entrevistas motivadoras usan la empatía más que la confrontación e informan al paciente que es él mismo y no el profesional, el que es responsable del cambio. (8)

Hay cuatro claves principales para apoyar a un fumador:

- Considerar la conducta de la persona como su propia decisión.
- Dejar al paciente decidir cuán grave es el problema que tiene.
- Evitar argumentación y confrontación.
- Animar al paciente a dialogar las ventajas y desventajas de hacer el intento de dejar de fumar. (8)

El profesional se debe encargar de lo que podrían definirse como las 5 A's (en inglés Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange). Que conciernen respectivamente a:

Averiguar. Acerca del estado de fumador para abrir un diálogo acerca de la cesación.

Apreciar. Cuán motivado está el fumador a dejar el hábito y su grado de dependencia a la nicotina.

Aconsejar. Acerca de las estrategias para apoyar su intento de cesación.

Asistir. El intento de cesación.

Arreglar. El seguimiento para proveer un soporte continuado. (8)

En una encuesta realizada en Asturias en el año 2008, acerca del consumo de tabaco del ex fumador, se preguntó por los motivos principales por los que habían dejado de fumar (a los que no lo hacían desde hacía seis meses). La mayoría respondieron que había sido por los efectos nocivos del tabaco en primer lugar, seguido de haber padecido alguna enfermedad o molestias causadas por el hábito de fumar y como tercer lugar el consejo de su médico/a. Llamó la atención que casi una de cada diez personas lo habían abandonado por sufrir presión social y familiar.

Otra pregunta que se realizó fue si en la consulta del centro de salud el médico/a o el enfermero/a le habían ofrecido ayuda para dejar de fumar. Se detectó que solamente el casi 30% de personas fumadoras habían recibido el consejo antitabaco en su centro de referencia. (12)

El papel de la Atención Especializada

La Atención Especializada juega un papel importante en la atención al tabaquismo, tanto en los servicios de asistencia como otras redes especializadas, tales como Salud Mental, atención a drogodependencias, servicios socio-sanitarios y otros.

Su oportunidad es el contacto con la población que se atiende, la cual debería recibir consejo breve o intervención intensiva dentro de sus posibilidades o disponer de criterios de derivación a donde sea más apropiado en cada caso. (6)

Unidades Especializadas de Tabaquismo (UET). Sería apropiado un equipo multidisciplinar que haya recibido capacitación específica sobre el tabaquismo. Estas unidades pueden trabajar tanto con la asistencia especializada como con funciones docentes, de investigación, promoción de la salud, o coordinación de los distintos niveles de atención al tabaquismo. Estas unidades suelen combinar trata-miento psicológico con terapia farmacológica. (6)

Existe una relación entre la intensidad de la intervención sanitaria y las tasas de abstinencia al consumo de tabaco obtenidas, lo cual no quiere decir que habría que enviar a todas las personas que deseen dejar de fumar a un apoyo especializado.

Según Jiménez-Ruiz 2003, los principales grupos de pacientes que pueden requerir una intervención asistencial especializada son los siguientes:

- Personas que no han logrado dejar de fumar, pese haber realizado tres o más intentos siendo tratados por un profesional sanitario.
- Enfermedades psiquiátricas que estando controladas quieran dejar de fumar.
- Pacientes con patologías causadas por el tabaco.
- Personas que han tenido otras adicciones.
- Mujeres fumadoras embarazadas que no puedan conseguirlo sin ayuda especializada.
- Poblaciones de alto riesgo socio-sanitario. (6)

Coste-eficiencia

Se han estado haciendo numerosos estudios sobre el coste-efectividad del tratamiento del tabaquismo y sus diferentes actuaciones, encontrándose que es beneficiosa, tanto para las intervenciones de baja intensidad como el consejo sanitario mínimo y la oferta de tratamiento farmacológico expuestas a la población favorable a dejar de fumar, como las más intensivas, usando tratamiento psicológico y farmacológico para los grupos con especial necesidad. (6)

Estas acciones son más costo-eficientes que otras intervenciones ya instauradas en la sociedad en cuanto a costo y año de vida ganado. Ejemplos de estas son la detección y el manejo clínico de la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial o el cribado del cáncer de mama. (6)

Capítulo 2

BASES LEGISLATIVAS Y CAMPAÑAS DE SALUD

Legislación

Constitución española

La Constitución Española vigente actualmente, ha sido el resultado de una complicada transición desde la muerte de Franco en 1970 hasta 1978 cuando es promulgada y sancionada por el Rey la Carta Magna, que es publicada por el BOE, entrando en vigor el 29 de diciembre de 1978. (4)

En ella, la Educación para la Salud se vio reflejada de manera relevante, apareciendo el derecho a la protección de la salud. En su **artículo 43** (título primero, capítulo III), se puede encontrar lo siguiente:

1. “Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.” (1)

Así se señalaba la importancia de la salud para la población, que podía reclamarla como derecho. No obstante, para que pudiera tener plena aplicación dicho artículo, se encontró la necesidad de desarrollarlo. Es así como en respuesta, surgió la primera Ley General de Sanidad.

Ley General de Sanidad

Promulgada el 25 de abril del año 1986 (Ley 14/1986). En ella se establece la regulación de las acciones encaminadas a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución española, exponiendo los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud. Siguiendo la corriente de educación para la salud y educación sanitaria, en dicha Ley, se expone respecto a esto en los artículos 6 y 18:

Artículo 6

1. Las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas:

- A la promoción de la salud.
- A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
- A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.

Artículo 18

Las Administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

- Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres.
- La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la Comunidad.
- Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
- La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.
- La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género.” (2)

Ley de Autonomía del Paciente

En 2002, surge la Ley de Autonomía del Paciente impulsada por la Ministra de Sanidad, como adaptación tras los 17 años de vigencia de la anterior Ley General de Sanidad. Su objeto fue aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones tanto de los profesionales sanitarios como de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias, respecto a la autonomía del paciente, información y documentación clínica.

En dicha Ley, se refuerza el hecho de que al final, la comunicación verbal prevalece ante la escrita. El consentimiento informado, sin una buena comunicación médico-paciente previa, carece de valor en cuanto a la real toma de decisiones por parte del paciente. De esta manera que el paciente elija su tratamiento se vuelve un derecho relativo, que depende de cómo se exprese el médico.

Algunos de los contenidos de la Ley 41/2002 en este aspecto son:

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

Artículo 4. Derecho a la información asistencial

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

Artículo 8. Consentimiento informado:

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y con consentimiento por representación.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:
 - a. Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
 - b. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
 - c. Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
 - d. Las contraindicaciones.” (3)

Leyes y tabaco

El estado ha ido tomado partido y dando pequeños pasos en la lucha contra el tabaco y

sus efectos nocivos, tal como se ha visto reflejado en los cambios de la legislación a lo largo del tiempo. A continuación se expone un índice cronológico de las diferentes leyes y decretos reales que se han ido sucediendo, creados como medidas de prevención y protección ante el tabaco. Las Comunidades Autónomas, así como en otras áreas de Salud Pública, son competentes y tienen legislación propia, aquí sólo aparecerá la Legislación Nacional.

1988

LEY 34/1988: del 11 de noviembre. Jefatura del Estado (B.O.E. nº 274 de 15 de noviembre de 1988).

Ley General sobre la Publicidad. Estipula las normas mediante las que debe funcionar la publicidad, y la veracidad de sus mensajes. Establece en su artículo 8.5 la prohibición de publicidad de tabacos por medio de la televisión, y en aquellos lugares donde está prohibida su venta o consumo.

REAL DECRETO 192/1988: del 4 de marzo. Ministerio de Sanidad y Consumo (B.O.E. nº 59 de 9 de marzo de 1988).

Sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población. “Se declara al tabaco sustancia nociva para la salud de la persona”. Toca varios puntos que se resumen en:

- Poner etiquetas en las cajas de tabaco con los porcentajes de alquitrán y nicotina, además de una frase a elegir donde diga: “Las autoridades advierten...” más “Fumar perjudica seriamente la salud”, “Fumar provoca cáncer”, “Fumar provoca enfermedades cardiovasculares” o “Fumar en el embarazo daña al futuro hijo”. El cartel de advertencia debe ir también en las máquinas expendedoras, que pasarán a estar en lugares cerrados.
- No podrá venderse tabaco en los establecimientos sanitarios, escolares o en los destinados sobre todo a la atención de la infancia y la juventud. No vender tabaco a menores de 16 años, ni mediante máquinas expendedoras.
- Prohibición de fumar en transporte público con menores de 16 años o enfermos.
- En lugares cerrados hacer separación de zonas de fumadores y no fumadores, en establecimientos o transportes.
- Limitar el contenido de alquitrán y nicotina.

1994

LEY 25/1994: del 12 de julio, Jefatura del Estado (B.O.E. nº 166 de 13 de julio de 1994).

Ley que incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados

miembros relativos al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. Regula la promoción, difusión y producción de determinados programas televisivos. En su artículo 10 se prohíbe la publicidad por televisión de cualquier forma, directa o indirecta, de cigarrillos y demás productos del tabaco.

1998

REAL DECRETO 2668/1998: del 11 de diciembre (B.O.E nº 306 de 23 de diciembre de 1998). ,

Se aprueba el Estatuto del Organismo Autónomo Comisionado para el Mercado de Tabacos.

LEY 13/1998: del 4 de mayo, Jefatura del Estado (B.O.E. nº 107 de 5 d mayo de 1998).

Ley de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria.

1999

REAL DECRETO 1293/1999: del 23 de julio (B.O.E. nº 188 de 7 de agosto de 1999).

Se modifica el Real Decreto 192/1988.

REAL DECRETO 1199/1999, del 9 de julio, (B.O.E. nº 166 de 13 de julio de 1999).

Se desarrolla la Ley 13/1998, del 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria. Se regula el Estatuto Concesional de la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre.

LEY 22/1999: del 7 de junio (B.O.E. nº 136 de 8 de junio de 1999).

Se modifica la Ley 25/1994.

2002

REAL DECRETO 1079/2002: del 18 de octubre (B.O.E. nº 251, de 19 de octubre de 2002).

Regula los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos.

Regula el etiquetado de los productos del tabaco.

Regula las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

2003

REAL DECRETO 548/2003, del 9 de mayo, (B.O.E. nº 114, de 13 de mayo de 2003).

Se crea la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo

del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007.

2004

ORDEN SCO 127/2004: del 22 de enero. (B.O.E. nº 26, de 30 de enero del 2004).

Se desarrollan los artículos 4 y 6 del Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

2005

LEY 28/2005: del 26 de diciembre. (B.O.E nº 309, de 27 de diciembre del 2005)

Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Los artículos 5, 6, 7 y 8 refieren a la restricción a la venta y consumo de tabaco. En los 6, 7 y 8 también hablan de la regulación de los espacios sin humo. En su artículo 9 expone control de la publicidad del tabaco.

RESOLUCIÓN de 28 de diciembre de 2005: por la que se dictan instrucciones en relación con la aplicación, en los centros de trabajo de la Administración General del Estado y de los Organismos Públicos dependientes o vinculados, de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre

2006

REAL DECRETO-LEY 2/2006: del 10 de febrero (B.O.E. nº 36 de 11 de febrero de 2006).

Se modifican los tipos impositivos del Impuesto sobre las Labores del Tabaco. Se establece un margen transitorio complementario para los expendedores de tabaco y timbre.

Se modifica la Ley 28/2005. El artículo 3 contiene las restricciones en la venta y consumo de tabaco.

RESOLUCIÓN de 20 de septiembre de 2006: del Comisionado para el Mercado de Tabacos, referida a los mecanismos técnicos adecuados para garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco en el mercado impidan el acceso a menores, tal como establece el artículo 4 de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

2007

REAL DECRETO-LEY 1/2007: de 12 de enero, (B.O.E. nº 12, de 13 de enero de 2007)

Se deroga la disposición transitoria quinta de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

2010

LEY 42/2010: del 30 de diciembre (B.O.E. nº 318, de 31 de diciembre de 2010)

Se modifica la Ley 28/2005 (ver ANEXOS).

REAL DRECRETO 639/2010: de 14 de mayo (B.O.E. nº 128, de 26 de mayo del 2010).

Se modifica el Real Decreto 1079/2002.

Campañas preventivas

Los medios masivos de comunicación frente al tabaquismo

A través de los años en los cuales se ha desenvuelto la lucha contra el tabaco, fueron sucediéndose publicidades antitabáquicas en forma de campañas, usando los medios masivos de comunicación como herramienta esencial de dichas intervenciones.

Estos medios juegan un rol muy importante en cuanto a conocimientos, opiniones, actitudes y conductas de la población respecto al tabaco, volviéndose un componente clave. Están incluidos radio, televisión, revistas, correo directo, afiches, periódicos e inclusive actividades online. En cuanto a efecto logrado, la televisión en-cabeza la lista, no obstante las redes sociales están adquiriendo una fuerza cada vez mayor, sobre todo entre los jóvenes. (1)

Pese a requerir un gasto económico importante, tienen una buena costo-efectividad comparado con otras intervenciones, alcanzando de una manera rápida y exitosa a una gran parte de la población. Sus resultados mejoran cuando la campaña forma parte de un programa ya existente, no obstante, por sí mismas son efectivas. Para disminuir gastos, se recomienda no hacer trabajos originales en cada lugar, sino usar los ya probados y evaluados (ya que es una parte importante del desarrollo de una buena campaña publicitaria, la evaluación), y adaptarlos a las características locales.

Son usados para dar a conocer información sobre los perjuicios del tabaco y su humo en la salud, prevenir su inicio, instar a la cesación y dar a conocer los métodos o servicios de los que dispone el fumador para dejar el hábito. (1)

Se ha estudiado que las campañas agresivas, mostrando imágenes con daños producidos por el tabaco, tales como enfermedad, gente sufriendo o muriendo, tienen mayor éxito en convencer a los fumadores a querer abandonarlo. (1)

Otra característica que deben poseer estas campañas, es que deben mantenerse en el tiempo. Implementarse durante por lo menos 6 meses para tener un efecto, 12-18 meses para tener impacto en las actitudes, y 18-24 meses para que haya un cambio de conducta. No obstante esto no debe disuadir a las campañas más cortas, debido a que éstas también tienen impacto, y no todas poseen los recursos necesarios para mantenerse por largo tiempo. (1)

Algo básico en estas campañas publicitarias, aparte de su implementación, es la debida planificación con su correspondiente evaluación. (1) Como decía Helen Glasgow, Directora Ejecutiva de "The Quit Group" en Nueva Zelanda: *"Desarrollar una campaña de mercadeo para el control del tabaco sin realizar primero una planificación estratégica es como viajar*

a un país desconocido sin un mapa. Es probable que sepa cuál es su destino en términos generales, pero no sabrá cómo llegar a ese lugar. La planificación estratégica ofrece el rumbo necesario para su equipo de campaña y las partes interesadas". (3)

Ya dentro del Convenio Marco para el Control del Tabaco, en su artículo 12, se exige a los países participantes promover y fortalecer la concienciación en contra del tabaco, usando todas las herramientas de comunicación disponibles, con programas educativos y brindando información sobre la industria tabacalera, las consecuencias del tabaco en la salud, economía y entorno. (1)

De hecho en Guadalajara se hizo un estudio que revelaba cómo el 85% de los fumadores expresan que las campañas antitabaco son efectivas para concienciar sobre lo perjudicial del hábito y los beneficios de abandonarlo. Aun así, un 90%, continuaba fumando, aunque un 31% lograra disminuir el consumo y el 10% abandonarlo por completo. Llama la atención que un 28,5% contactó con su médico después de la intervención. (2)

Este apartado tiene la intención de presentar las diferentes campañas que se han desarrollado tanto en el territorio nacional, como en el ámbito internacional. Todas con el mismo objetivo, resaltando diferentes aspectos: advertir a la población de los efectos dañinos del tabaco y su humo, evitar su consumo e incentivar su abandono.

La mayoría han sido realizadas con objeto del día 31 de Mayo, que es el Día Mundial sin Tabaco, aprovechando esta oportunidad anual para concienciar a la población sobre el problema del tabaco. (4) Ésta fue una iniciativa buscada y aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1989. Así, cada año la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud elaboran lemas específicos para campañas de comunicación y actividades promocionales que son extendidas al resto de la población mundial. (9)

Campañas Mundiales

Organización Mundial de la Salud (15)

2011- El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)

2010 - Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres

2009 - Advertencias sanitarias antitabaco

2008 - Juventud libre de tabaco

2007 - Ambientes libres de humo de tabaco

2006 - Tabaco: mortífero en todas sus formas (*Tobacco: deadly in any form or disguise*)

2005 - Profesionales de la salud en contra del tabaco (*Health professionals against tobacco*)

- 2004 - Tabaco y pobreza, un círculo vicioso (*Tobacco and poverty, a vicious circle*)
- 2003 - Cine libre de tabaco, moda libre de tabaco (*Tobacco free film, tobacco free fashion*)
- 2002 - Deportes libres de tabaco (*Tobacco free sports*)
- 2001 - El humo del tabaco de los demás mata (*Second-hand smoke kills*)
- 2000 - El tabaco mata, no se deje engañar (*Tobacco kills, don't be duped*)
- 1999 - Deja el paquete atrás (*Leave the pack behind*)
- 1998 - Creciendo sin tabaco (*Growing up without tobacco*)
- 1997 - Unidos por un mundo sin tabaco (*United for a tobacco free world*)
- 1996 - Deportes y arte sin tabaco: juega libre de tabaco (*Sport and art without tobacco: play it tobacco free*)
- 1995 - El tabaco cuesta más de lo que piensas (*Tobacco costs more than you think*)
- 1994 - Los medios de comunicación y el tabaco: haz llegar el mensaje (*Media and tobacco: get the message across*)
- 1993 - Servicios de salud: nuestras ventanas a un mundo libre de tabaco (*Health services: our windows to a tobacco free world*)
- 1992 - Los trabajos libres de tabaco: más seguros y más saludables (*Tobacco free workplaces: safer and healthier*)
- 1991 - Lugares y transportes públicos: mejor libres de tabaco (*Public places and transport: better be tobacco free*)
- 1990 - Infancia y juventud sin tabaco: creciendo sin tabaco (*Childhood and youth without tobacco: growing up without tobacco*)
- 1989 - Mujeres y tabaco: la mujer fumadora: con riesgo añadido (*Women and tobacco: the female smoker: at added risk*)
- 1988 - Tabaco o salud: elige salud (*Tobacco or Health: choose health*)

MPOWER

Se elaboró este plan en vistas al CMCT, como ayuda a su implementación, saliendo a la luz en el 2008. Se encontró que si se aplicaba y respetaba íntegramente, las seis medidas descritas en la campaña ayudarían a controlar eficazmente el tabaco, protegiendo a la población de los daños producidos por éste. Dichos puntos son los siguientes:

Monitor: Controlar y vigilar el consumo del tabaco.

Protect: Proteger del humo del tabaco a la población.

Offer: Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.

Warn: Advertir de los peligros del tabaco.

Enforce bans: Reforzar las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco haciéndolas cumplir.

Raise: Incrementar los impuestos sobre el tabaco

A posteriori estas medidas han demostrado ser eficaces en reducir el consumo del tabaco. Se publicó un informe a finales del 2009 en que se veía que en el 2008, 400 millones de personas fueron beneficiadas por las políticas de control del tabaco. No obstante, menos del 10% de la población mundial está cubierta por alguna de las medidas que se propusieron como control del tabaco. (18)

Campañas en Europa

“Atrévete a decir no” (*Feel free to say no*)

Iniciada el 31 de Mayo con objeto del Día Mundial Sin Tabaco, fue la primera campaña de sensibilización de la Unión Europea ante la problemática del tabaquismo. Se desarrolló en los años 2002 al 2004.

Fue dirigida principalmente a jóvenes, siendo protagonizada por una larga lista de artistas del pop diciéndole “no” al tabaco, tales como Tiziano Ferro, A-Teens, Moby, Loona y otros. Estos anuncios fueron emitidos por 38 cadenas de televisión en todos los Estados de la Unión Europea, así como en MTV y en 5.000 cines. Se usó la música ya que es un aspecto importante en la vida diaria de muchos jóvenes.

La campaña fue puesta en televisión, cine y radio, carteles en vallas y actividades de promoción mediante relaciones públicas y algunas actividades. Además se instauró su página web en once idiomas, que se podía encontrar cuando la campaña estaba activa bajo la dirección de: <http://www.feel-free.info>

Los mensajes fueron más bien con un tono positivista ante la vida. Estuvieron enviados sin un tono de prohibición o advertencia se centraron más en la atracción emocional, con la idea de que el que fuma no es libre, funciona bajo su adicción a la nicotina y que los cigarrillos no solucionan los problemas sino que los crean.

“HELP. Por una vida sin tabaco”

En el Día Mundial Sin Tabaco del año 2009, la Comisión Europea lanzó la segunda campaña de comunicación en la lucha tabáquica a los 27 países de la Unión Europea. Ha sido elaborada en cooperación por el Foro Europeo de la Juventud, la Federación de Asociaciones de Estudiantes de Medicina Internacional (IFMSA) y la Asociación Eu-

ropea de Estudiantes de Medicina (EMSA) en conjunto con expertos en comunicación y profesionales de la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo (ENSP) y la Red Europea de Líneas de Ayuda para Dejar de Fumar (ENQ).

Incluyó anuncios de televisión en canales nacionales y europeos, artículos de prensa, y otros medios.

Buscaron una comunicación única, sólida, coherente y participativa. Esta campaña se ha llevado a formato web, por lo que todas estas acciones iban destinadas a enviar la gente hacia allí. Se puede acceder desde la dirección:

<http://es-es.help-eu.com>

Está dirigida principalmente a los jóvenes entre 15-34 años. Tiene un diseño juvenil y diversos materiales adaptados. Dentro de su contenido se encuentran diferentes videos de la campaña publicitaria en contra del tabaco. Además contiene una serie animada denominada "Helpers" mediante la que se busca concienciar a los jóvenes sobre los peligros del tabaco.

Tiene una supervisión científica y evaluación independiente mediante una Junta de Asesores expertos en el control del tabaco. Además se la había testado de forma sistemática antes y después de su emisión por el Instituto de Investigación de Mercados Pisos. Sus resultados después del primer año de la emisión de la campaña fueron:

- El 48% de los europeos la habían visto (68% de los jóvenes)
- El 89% de los jóvenes en Europa conocían la ayuda existente.
- El sitio web, había recibido casi 4 millones de visitas.
- Se recaudaron más de 1.000 trucos para dejar de fumar en dicha página.
- Más de 100.000 personas en Europa midieron sus niveles de monóxido de carbono en relación con el consumo de tabaco.

"Los ex fumadores son imparables"

Dirigida a fumadores entre los 25-34 años, dicha campaña que se desarrollará durante tres años comenzando en el 2011, se centrará en los beneficios de abandonar el hábito tabáquico, proveyendo ayuda práctica a los fumadores que así quieran dejar de fumar. Para tal fin usa publicidad, medios sociales, actos e instrumentos prácticos y una innovadora herramienta digital: iCoach. Los ex fumadores participan como modelos para guiar e incentivar a aquellos que quieren abandonar el hábito.

iCoach es una plataforma digital disponible en las lenguas oficiales de la Unión Europea. Es de acceso gratuito y además de dirigirse a la población que quiere abandonar el consumo de tabaco, se dirige a los que no lo quieren dejar y a los que están bajo riesgo de recaída.

Se puede acudir a la página bajo la siguiente dirección:

<http://www.exsmokers.eu>

Campañas en España

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Muchas de las campañas llevadas a cabo en todo el país fueron organizadas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En múltiples ocasiones los lemas fueron los elaborados por la OMS, por lo que coinciden en varios años.

2000

“Libérate de la dependencia del tabaco. El tabaquismo cuesta demasiado.” (9)

Fue una campaña que incluía no sólo a fumadores sino a no fumadores, aludiendo a que las consecuencias y costos del tabaquismo afectan la economía de todos.

2001

“El humo de tabaco daña a todos. Limpiemos el aire” (9)

2002

“Deportes sin tabaco” (9)

La industria tabacalera utilizaba el patrocinio de eventos deportivos como estrategia de venta, por ello se comenzó con esta campaña. Quiso liberar a los deportes de la publicidad del tabaco y su promoción, como también la exposición al humo de tabaco durante los eventos deportivos.

2003

“Moda sin tabaco, cine sin tabaco ¡Acción!” (9)

Las industrias tabacaleras también encontraron en el cine y la moda una herramienta indispensable para su publicidad, pagándola en muchas ocasiones. Así mostraban modelos fumando en pasarelas, o en revistas de moda, actores y actrices fumando en las películas o mostrando paquetes de cigarrillos en ellas. Esto iba aumentando de alguna manera el interés y el encanto que desprendía el tabaco, afectando sobre todo a los jóvenes, creando una impresión engañosa, y estimulando su consumo.

2004

“Tabaco y pobreza: un círculo vicioso” (9)

El tabaco, a parte de sus efectos dañinos en la salud, promueve la pobreza en muchos

países. Esto es lo que intentaron combatir con dicha campaña. Las industrias tabacaleras habían buscado un nuevo mercado para sus productos en los países menos desarrollados, donde pretendían tener las mismas ganancias que en los países desarrollados. Por ejemplo en Bangladesh, si dos terceras partes del dinero que se gastaba la población en tabaco, los destinaran a alimentos, más de 10 millones de personas podrían haber salido de su malnutrición.

2005

“¿Fumar? Pues va a ser que no” “Pásalo” (4)

Bajo dicho eslogan se llevó a cabo la campaña para prevenir la adicción al tabaco entre jóvenes y adolescentes de parte del Ministerio de Sanidad y Consumo en julio del 2005.

En dicho spot un grupo de adolescentes se intercambian mensajes de texto mediante teléfono móvil, tales como: “el fumar se va a acabar”, “todos contra el tabaco”, “pues va a ser que no”, “con humo, no hay beso”, “el poder está en tus manos”, etc. De esta manera se buscaba la complicidad activa de parte de los jóvenes que tanto usan este medio para comunicarse entre sí.

“Espacio sin humo. En tu interior sabes que también será bueno para ti” (4)

Campaña que se realizó para sensibilizar a los fumadores sobre la necesidad de respetar los espacios libres de humo ya que el 1 del 2006 entraba en vigor la nueva ley ampliando dichos espacios en el trabajo y lugares de ocio.

2006

“Tabaco: mortífero en todas sus formas” (9) (4B)

Su objetivo fue sensibilizar acerca de que cualquier uso del tabaco tiene efectos nocivos en la salud y que todos sus productos deben ser regulados rigurosamente, haciendo un llamamiento hacia los gobiernos en este sentido.

Uno de los engaños del tabaco es la clasificación comercial como “bajos en alquitrán”, “suaves” o “extrasuaves”. Esto disuade al fumador preocupado por su salud a abandonar el hábito pensando que existían formas menos dañinas.

Así que se reforzó el concepto de que dejar de consumir tabaco es la única manera efectiva de reducir significativamente el riesgo de adquirir alguna patología relacionada con el tabaco.

“Prevención del tabaquismo. Gracias por no fumar”. (4)

“Riesgos en la infancia ocasionados por el aire contaminado” (4)

Campaña dirigida a la población fumadora, para evitar la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco tanto de mujeres embarazadas como de niños.

2007

“Riesgos en la infancia ocasionados por el aire contaminado por el humo del tabaco” (4)

Fue dirigida nuevamente a la población fumadora. Fue repetida esta campaña para concienciar a los adultos en cuanto al efecto dañino que tiene el humo del tabaco sobre la salud de los niños.

“Sin humo dentro, crea y disfruta, ambientes 100% libres de humo” (9)

Direccionada a sensibilizar a la población de que los ambientes 100% libres de humo de tabaco son la única vía de reducir la exposición dentro de los espacios cerrados, y que existe la necesidad de crear leyes que exijan liberar de humo todos los ambientes cerrados tanto públicos como de trabajo.

2008

“La industria tabaquera te atrapa joven. Prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.” (4B)

Se buscaba advertir sobre el engaño de la publicidad de la industria tabacalera, incitando a que se prohíba totalmente y romper con la comercialización para que los jóvenes puedan crecer sin tabaco.

2009

“Muestra la verdad. Las advertencias sanitarias con imágenes salvan vidas”. (4B)

Se realizó para romper la influencia que tenía el empaquetado adornado de las compañías tabacaleras que afectaba más a los jóvenes, reduciendo así el atractivo de ciertas marcas.

2010

“Género y Tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres”. (4B)

Dirigido especialmente a proteger mujeres y niñas del efecto nocivo del tabaco y su humo, conforme al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Éste reconoce “la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas en función del género”, así como “de una plena participación de la mujer en todos los niveles de la formulación” de políticas y la aplicación de medidas de control del tabaco.

De los más de mil millones de fumadores, el 20% en esta época eran mujeres, número que seguía en aumento. Además en “Gender and tobacco control: a policy brief”, (Género y control del tabaco: orientaciones políticas) la OMS en 2007 expresa que las medidas generales del control del tabaco tal vez no tuvieran la misma eficacia, por lo que había que incluir la perspectiva de género. Además de que ambos sexos necesitan

tener información ante las diferentes patologías que cada cual padece como consecuencia del tabaquismo.

2011

“Convenio Marco sobre Control del Tabaco”. (15)

Este es el único y principal instrumento a nivel mundial para el control del tabaco. Sus objetivos principales son recordar la importancia del problema del tabaquismo, definir las obligaciones de los 170 países firmantes y apoyar los esfuerzos de los que estén intentando ponerlo en marcha. España firmó el Convenio en el año 2003.

Los compromisos que involucra son:

- Proteger las prácticas sanitarias ante los intereses de la industria tabaquera.
- Adoptar medidas fiscales para reducir la demanda.
- Proteger a las personas de la exposición al humo del tabaco.
- Regular los contenidos del tabaco, su envasado y etiquetado.
- Educar a la población y facilitar medidas para dejar el hábito.

Lo que se ha buscado con esto es transmitir la necesidad de poner en marcha el tratado o completarlo donde ya esté comenzado.

Otras campañas en territorio nacional

Además de las campañas organizadas por el Ministerio de Sanidad, existen otras que se llevaron a cabo en el país, expuestas a continuación:

XII Semana Sin Humo: “No sigas ese tren, ¡Desengánchate!” (6)

Centros de salud de toda España han participado activamente. Promovida por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y organizada por el Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) y el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

Sus objetivos principales son: informar de los beneficios para la salud derivados del abandono del tabaco, ofrecer tratamientos de deshabituación en los centros de salud, instar a profesionales de Atención Primaria a hacer intervenciones en fumadores, involucrar a profesionales sanitarios para acoger entre cinco y diez tratamientos de deshabituación en sus respectivos centros coordinando los 20.000 médicos de familia y enfermeros de centros de todo el país para que realicen tratamientos de deshabituación.

Los lemas de años anteriores para este mismo programa de Semana Sin Humo han sido:

2010: “¡Ponle fecha! Juntos podemos”

2009: “La vida sin humo sabe mejor”

2008: “Por todas las personas y, sobre todo, por ti”

2007: “Tú eres capaz, inténtalo”

2006: “Espacio sin humo, salud para todos”

2005: “La decisión es tuya, el apoyo nuestro”

2004: “Yo también lo dejo hoy”

2005 “Para empezar esta semana sin fumar. Hazlo por ti, hazlo por todos”

“Rompe con el Tabaco” (7)

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) realizó una campaña para el Día Mundial Sin Tabaco del 2011. Su objetivo fue romper el glamour que rodea al tabaco y que persiste aún hoy en día, especialmente entre los jóvenes que comienzan a fumar alrededor de los 13.

Dicha campaña se basa en un vídeo en el que aparecen actores, deportistas y cantantes tales como Alejandro Sanz, Ricky Rubio o Diego Forlán, que al pasarse el cigarrillo van enviando mensajes como: “Te aseguro que los dientes amarillos nunca han estado de moda”, “Acaba con tus rivales, no con tus pulmones” o “A partir de ahora, el mechero sólo para iluminar tus conciertos”. Al final del vídeo rompen dichos cigarrillos.

“¡Ahora sí!” (14)

Fue realizada en el año 2011, bajo el auspicio de Pfizer, SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica), SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), SEC (Sociedad Española de Cardiología), en colaboración con doce Ayuntamientos de España contando con el apoyo de un comité de expertos en el tratamiento del tabaquismo y cesación tabáquica, que fueron el Dr. Carlos Jiménez-Ruiz y el Dr. Juan Antonio Riesco del SEPAR, el Dr. Jaime Fernández de Bobadilla representación de la SEC, y el Dr. José Luís Díaz-Maroto de SEMERGEN

Se hace al mes y medio de la entrada en vigor de la Ley de Medidas Sanitarias Frente al Tabaquismo que prohíbe fumar en lugares públicos.

Consta de tres intervenciones, una conferencia para la población general, otra dirigida a la población joven y un taller de tabaquismo ofrecido al profesional sanitario. Tiene en cuenta la actuación para la población general y la formación para el profesional de salud. De manera que se sepa a quién recurrir, y el personal a quien se recurra esté capacitado.

Capítulo 3

EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO

Situación actual de la epidemia en el mundo

El tabaquismo es uno de los mayores problemas de Salud Pública a nivel mundial, habiendo alcanzado proporciones de epidemia global. La carga de mortalidad y de morbilidad afecta a todos los países y a todas las poblaciones (1).

El término “epidemia de tabaquismo” hace referencia a un modelo global identificable para el consumo del tabaco propuesto por López y colaboradores. Estos autores proponen cuatro fases en la epidemia de tabaquismo: (2)

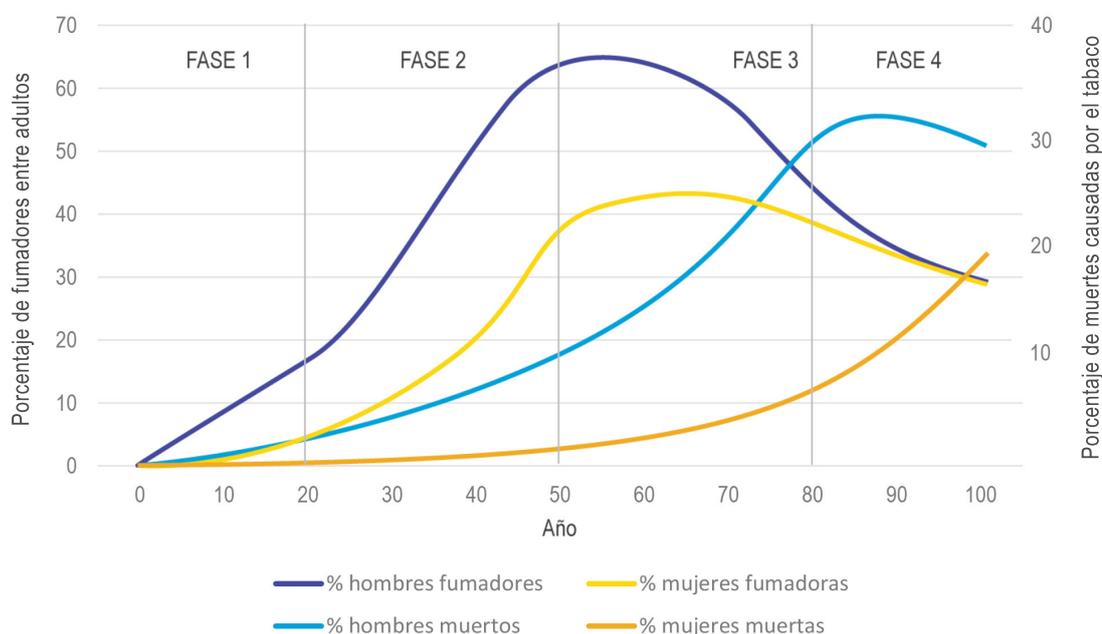
Fase I: ascenso importante de la prevalencia de tabaquismo entre la población masculina, si bien se caracteriza por ser baja (<15%). Fase relativamente breve, quizás una o dos décadas.

Fase II: incremento rápido del porcentaje de hombres fumadores alcanzando un nivel máximo entre el 50 y el 80%. La prevalencia de tabaquismo entre mujeres aumenta rápidamente. La duración de esta fase es de dos o tres décadas.

Fase III: tras alcanzar el nivel máximo, la prevalencia entre los hombres comienza a descender. Al final de este período la prevalencia entre mujeres se caracteriza por un descenso inicial, después de un plateau que puede ser incluso más largo que el descrito para los hombres. La duración de esta fase puede ser de tres décadas o más.

Fase IV: La prevalencia de tabaquismo para ambos sexos continúa descendiendo más o menos en paralelo, muy lentamente.

Estas tendencias serán seguidas por patrones similares en la mortalidad atribuible al consumo de tabaco dos o tres décadas después.



Fuente: (Traducido de) López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 1994; 3:242-247

En relación a las diferentes formas en que puede consumirse el tabaco, si bien el cigarrillo manufacturado, es la que se consume de manera mayoritaria en todo el mundo, no debemos obviar otras variedades de tabaco fumado (bidis, cigarros, kreteks, pipa de agua o shisha, pipa de barro, sticks) y el tabaco mascado, muy extendido en algunas zonas de la India como Mumbai, especialmente entre las mujeres. (3,4). Pero en cualquiera de sus formas, ya sea inhalado, esnifado, absorbido o masticado, o bien mezclado con otros ingredientes, no existe una forma segura de consumir tabaco. (3).

Prevalencias de consumo en el mundo

Según las estimaciones de prevalencia global de fumadores de cualquier producto de tabaco estandarizadas por edad y sexo, en la población adulta, para el año 2009, publicadas en el último informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo (5), los diez países que tienen mayor porcentaje de fumadores entre su población adulta son Kiribati con un 57%, Grecia con 52%, Nauru (49%), Austria (46%), Papúa Nueva Guinea (44%), la Federación Rusa (42%), Bosnia y Herzegovina (41%), Samoa (41%), Albania (40%), y Líbano (39%) (5).

Teniendo en cuenta la población de cada país, casi las dos terceras partes de los fumadores de todo el mundo se concentran en 10 países: China, India, Indonesia, Federación

de Rusia, Estados Unidos de América, Japón, Brasil, Bangladesh, Alemania y Turquía. (4)

La tendencia detectada a nivel global es un crecimiento más rápido del consumo de tabaco en los países de ingresos bajos debido a su crecimiento demográfico continuo y a la mercadotecnia dirigida a ellos por la industria tabacalera. (4)

En lo que respecta a la población masculina, en el año 2002, casi mil millones de hombres en el mundo fumaban- aproximadamente el 35% de hombres en los países desarrollados y el 50% de los hombres en los países en desarrollo. Especial mención merece China por la enorme magnitud del problema, con unos 300 millo-es de hombres fumadores. (3).

Según las prevalencias estimadas referentes a 2009, los países con mayor porcentaje fumadores de tabaco en su población masculina son Kiribati (71%), Grecia (63%), Indonesia (61%), Albania (60%), Federación Rusa (59%), Túnez (58%), Samoa (58%), Papúa Nueva Guinea ((58%), Georgia (57%), China, Armenia, Lao y Tuvalu (51%)(5).

Considerando la población femenina, en 2002, 250 millones de mujeres en el mundo eran fumadoras a diario. Aproximadamente el 22% de las mujeres en los países desarrollados y 9% de las mujeres en los países en desarrollo fuman tabaco sin olvidar que muchas mujeres en el Sur de Asia mascan tabaco. (3).

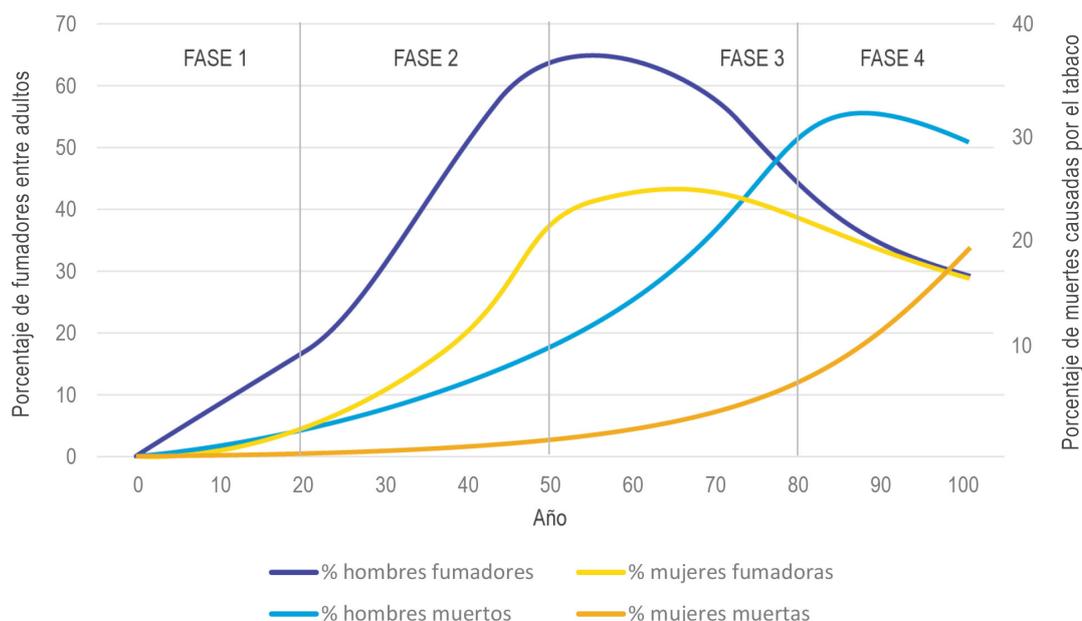
Las prevalencias estimadas referentes a 2009, muestran que los países con mayor porcentaje de fumadoras de tabaco entre su población femenina son Nauru (50%), Austria (45%), Kiribati (43%), Grecia (41%), Bosnia y Herzegovina (36%), Chile (33%), Hungría (33%), Andorra (32%), República Checa (31%) y las Islas Cook (31%) (5).

En muchos países desarrollados se ha detectado un descenso notable en el porcentaje de fumadoras, como ocurre en Australia, Canadá, el Reino Unido, y Estados Unidos, si bien esta tendencia no se presenta en todos los países desarrollados. En varios países del sur, centro y este de Europa el consumo de cigarrillos está aún ascendiendo entre las mujeres o no ha mostrado aún ningún descenso, (3). En los países en desarrollo, por su parte, el consumo de tabaco entre las mujeres adultas sigue siendo relativamente bajo, pero está aumentando rápidamente entre las adolescentes. Este incremento en países especialmente populosos es uno de los aspectos más preocupantes de la evolución de la epidemia. En Asia sudoriental hay 10 veces más varones adultos fumadores que mujeres adultas fumadoras, sin embargo esta diferencia se reduce a 2,5 veces entre los fumadores adolescentes de 13 a 15 años, (4).

Atendiendo a los datos de prevalencia de consumo de tabaco 2009, la tendencia general es que el porcentaje de fumadores entre los hombres sea considerable-mente superior al existente entre las mujeres, a excepción de Nauru, donde el porcentaje de fumadoras es mayor que el de fumadores, y países donde las prevalencias son muy similares como Austria, Noruega, Dinamarca, El Reino Unido e Irlanda del Norte, Nueva Zelanda y Australia. (5).

De acuerdo con la información sobre la prevalencia y sus tendencias en los diferentes

países, las poblaciones estudiadas se pueden encuadrar (6). en las diferentes fases del modelo descriptivo de la epidemia de tabaquismo propuesto por López y colaboradores (2), de la siguiente forma:



Fuente: (traducido de) Adaptación de López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 1994;3:242-247 por Kaiser S, Gommer AM (RIVM). The tobacco epidemic. In: Euro-pean Union Public Health Information System (EUPHIX), Disponible en:

http://www.euphix.org/object_document/o4610n27423.html

La tendencia esperada es que el número de fumadores siga aumentando principalmente debido a la expansión de la población mundial. Sobre 2030, habrá al menos, otros 2 mil millones de personas en el mundo, por lo que incluso si las tasas de pre-valencia caen, el número absoluto de fumadores aumentará. El esperado descenso progresivo en la pre-valencia de hombres fumadores se verá contrarrestado por el incremento en las cifras de mujeres fumadoras, especialmente en los países en desarrollo. (3).

El tabaquismo y los jóvenes

La gran mayoría de los fumadores comienzan el consumo antes de ser adultos. Entre los jóvenes que fuman, aproximadamente una cuarta parte, fumó su primer cigarrillo antes de alcanzar los 10 años. (3).

Según la Encuesta Global de tabaquismo en Jóvenes publicada en 2011 por la OMS, y de acuerdo a los datos de cada país (encuestas nacionales, provinciales o locales, correspondientes a algún año del intervalo 2002 a 2010), los mayores porcentajes de consumidores de tabaco en cualquiera de sus formas, entre los jóvenes de 13 a 15 años, se presentan en Líbano (59,7%), Tímor-Leste (56,5%), Palau (50,3%), Papua Nueva Guinea (47,7%) y los Estados Federales de Micronesia con un 46,2%. (7)

Según la misma encuesta, y atendiendo únicamente a los fumadores de cigarrillos, los mayores porcentajes de consumidores habituales en este sector de edad se encuentran en Papua Nueva Guinea (43,8%), Palau (41,3%), Chile (34,2%), Letonia (32,9%), y la República Checa con un 31,1%.

El porcentaje de fumadoras de cigarrillos en este sector de edad es superior entre las chicas respecto a los chicos en Chile, República Checa, Bulgaria, Las Islas Cook, Polonia, Argentina, México, Colombia, Croacia, Hungría, Eslovenia, Uruguay, Nueva Zelanda, Haití, Brasil, la antigua República de Yugoslavia, Costa Rica y Zambia, destacando la diferencia de porcentajes existente en Chile con un 39,8% en las chicas y un 29,8% para los chicos, El resto de países participantes en la encuesta, siguen la tendencia general de que el porcentaje de fumadores sea superior entre chicos que entre chicas. (7).

Los datos de una Encuesta realizada entre estudiantes de Medicina de tercer curso en 48 países entre 2005-2008 (8), mostraron que entre los futuros médicos de tres países se alcanzaban porcentajes de fumadores del 40% (Albania, Bosnia y Herzegovina y Bolivia), y en tres países, había cifras inferiores al 5% (Uganda, Sri Lanka y Tailandia). Los hombres presentaban mayor porcentaje en 37 de los 48 países, mientras que las mujeres presentaban mayor porcentaje que los hombres en Serbia, Chile y Tailandia. No hubo diferencias en relación al sexo en 8 países: Kenya, Arabia Saudí, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Eslovenia, Argentina, Jamaica, y Panamá (8).

El tabaquismo pasivo

El humo ambiental, o tabaquismo pasivo, (también conocido como “aire contaminado por humo de tabaco, humo de tabaco ajeno, o humo de segunda mano”) es el humo que llena restaurantes, oficinas u otros espacios cerrados, cuando se quema tabaco en cigarrillos, bidis o narguiles (pipas de agua). Todos estamos expuestos a sus efectos nocivos, (9). La exposición a este humo ambiental del tabaco puede ocurrir tanto en los lugares de residencia (en los propios domicilios de los no fumadores), como en los lugares de trabajo, además de otros lugares públicos o privados, (zonas recreativas, de ocio, etcétera).

En las directrices para la aplicación del artículo 8 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco se afirma que «no existe un nivel inocuo de exposición al humo de tabaco». Crear ambientes totalmente libres de humo de tabaco es la única manera de proteger a las personas de los efectos nocivos del tabaquismo pasivo, (9). La exposición a humo de segunda mano en el hogar o el trabajo incrementa el riesgo de los no fumadores

de una enfermedad cardíaca en más del 20% y de cáncer de pulmón en un 20 a 30% (9).

Un estudio recientemente publicado que analizó datos de 192 países referentes al año 2004, (10), estimó que alrededor de un tercio de los adultos no fumadores estaban expuestos sistemáticamente al humo de tabaco ajeno, el 33% de los hombres no fumadores y el 35% de las mujeres no fumadoras y un 40% de los niños. Las mayores proporciones de expuestos se estimaron en Europa, el Pacífico Oeste, y la región B de la OMS del sudeste Asiático, con más de un 50% de expuestos para algún grupo de población. El porcentaje fue menor en las regiones de las Américas y el este del Mediterráneo, y la más baja se encontró en África. Las estimaciones concluyeron que el humo de segunda mano causó 603 000 muertes prematuras y la pérdida de 10.9 DALYs (Disability Adjusted Life Years) o AVAD (años de vida ajusta-dos por discapacidad), en 2004. El mayor número de muertes atribuidas a la exposición al humo de segunda mano en adultos, fue causado por enfermedad isquémica cardíaca, seguida por infecciones respiratorias de vías bajas en niños y asma en adultos (10).

Disponemos de datos más recientes a nivel nacional de los países participantes en la Encuesta Global de Consumo de Tabaco en adultos llevada a cabo en 2009 (Global Adult Tobacco Survey- GATS) (11). En Egipto alrededor del 71% de la población permite fumar dentro de sus casas; más de la mitad (51%) refiere estar expuesto a humo de segunda mano semanalmente. Aproximadamente tres cuartas partes de las mujeres egipcias (74%), están viviendo en casas donde se fuma y casi el 61% de los trabajadores que trabajan en lugares cerrados, están expuestos al humo de segunda mano en sus trabajos (cerca del 59% de esos trabajadores son no fumadores), (12). En la India, el 52,3% de los adultos están expuestos al humo de segunda mano en sus hogares, y el 29,9% lo están en sus lugares de trabajo (13). En China, 7 de cada 10 adultos no fumadores están expuestos a humo de segunda mano en una semana normal, y 6 de cada 10 adultos observan que se fuma en su lugar de trabajo, (14). En Filipinas de un total de 61,3 millones de adultos mayores de 15 años, el 48,8% (29,8 millones) viven en casas donde está permitido fumar, estando 23.9 millones (39,6%) expuestos en su casa diariamente al humo del tabaco. El 66,7% de los trabajadores están expuestos al humo de segunda mano en lugares de trabajo donde fumar está permitido (15). En Brasil 11,6 millones de adultos (24.4% de la población adulta está expuesta al humo de tabaco en su lugar de trabajo, y el 27,9% lo están en sus hogares. (16).

Se estima que unos 700 millones de **niños -es decir, aproximadamente un 40% de la población infantil total-** están expuestos al humo de tabaco en sus hogares, (10). La tasa media mundial de niños con al menos un progenitor fumador se estima en un 43% (17).

Según los últimos datos de la última Encuesta Mundial de Tabaco y jóvenes publicada en 2011, un promedio de 39,33% de los jóvenes entre 13 y 15 años están expuestos al humo de tabaco en sus hogares, (7). Estos jóvenes tienen entre una y media y dos veces más probabilidades de comenzar a fumar que los no expuestos (9). Los mayores porcentajes de adolescentes entre los 13 y los 15 años que están expuestos en sus hogares al humo

de tabaco ajeno se encuentran en Chipre (87,9%), Líbano (78,4%), Bosnia y Herzegovina con un 77,3%, Serbia (76,9%) y Montenegro con un 76,8%. Fuera del hogar, los mayores porcentajes se encuentran en la Federación Rusa, Chipre, Papua Nueva Guinea, Bosnia y Herzegovina, Croacia y Mali todos ellos con porcentajes superiores al 80%,(7). Por regiones de la OMS, 2011 Europa con un 55,00%, es la que presenta el mayor porcentaje medio de ex-puestos entre este sector de la población, (7).

Mortalidad a nivel mundial

Se estima que el tabaquismo ha causado 100 millones de muertes en el siglo XX. En la actualidad es responsable de una de cada 10 defunciones de adultos en el mundo, es decir más de cinco millones de defunciones por año, (4).

El tabaco es la causa singular de mortalidad más prevenible en el mundo. Causa la muerte de la tercera parte o la mitad de quienes lo consumen, como promedio 15 años antes de lo naturalmente previsible. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho causas principales de mortalidad en el mundo: Cardiopatía isquémica, Enfermedades cerebrovasculares, Infecciones de las vías respiratorias inferiores, EPOC, Tuberculosis y Cáncer de tráquea, bronquios y pulmones, (4).

Se prevé que, si las tendencias actuales siguen su curso sin control, para 2030 se producirán más de ocho millones de defunciones por año atribuibles al tabaco, registrándose más del 80% en países en desarrollo. Unos 500 millones de personas que actualmente están vivos morirán por causa del tabaco, (4).

El humo de segunda mano también tiene consecuencias sanitarias graves y a menudo mortales. Se estima que el humo de tabaco ajeno causa cada año en el mundo entero unas 600 000 muertes prematuras. Del total de muertes atribuibles al humo ajeno, un 31% se da en la población infantil. Entre los adultos, un 64% ocurre en la población femenina, (17).

En los Estados Unidos de América, se registran cada año unas 50 000 defunciones atribuibles al humo de tabaco ajeno, lo que representa alrededor de un 11% de la mortalidad relacionada con el tabaco, (17).

Epidemiología del tabaquismo a nivel europeo

La epidemia de tabaquismo ha alcanzado distintas etapas en los diferentes países Europeos. Dinamarca, Alemania, Finlandia y el Reino Unido se encuentran en la fase 4 de la epidemia. Alemania, por ejemplo, muestra un descenso en total, de la prevalencia tanto femenina como masculina entre 2000 y 2003, mientras que Bélgica registró una bajada en la prevalencia total, que fue, sin embargo, debida al descenso del consumo entre la población masculina entre 2000 y 2002. Los países del centro y Este de Europa (donde hubo una mínima preocupación por los efectos nocivos del tabaco hasta la década de los 80), así como algunos del Sur de Europa, se encuentran ahora en la etapa 3 de la epidemia, con la prevalencia de tabaquismo masculino en su punto máximo o empezando a descender y la prevalencia entre mujeres todavía aumentando (18).

Prevalencias de consumo en Europa

Según las prevalencias globales estimadas de tabaquismo estandarizadas por sexo y edad para la población adulta de Europa, 2009, los mayores porcentajes se encuentran en Grecia con un 52%, Austria (46%), la Federación Rusa (42%), Bosnia y Herzegovina (41%) y Albania (40%). Para el resto de países la prevalencia global de fumadores de tabaco es inferior al 40%, encontrándose los porcentajes más bajos en Kirgizstan y Uzbekistan con un 23% y un 13% respectivamente, (5).

En general, la prevalencia de tabaquismo es mayor entre los hombres que en las mujeres, si bien las tendencias observadas en las pasadas décadas muestran que las diferencias están descendiendo. En el Reino Unido e Irlanda del Norte, Dinamarca, Noruega y Austria, los porcentajes son muy similares entre ambos sexos. Las mayores diferencias se encuentran en Georgia (57% vs 6.0%), Armenia (51% vs 2.0%), Kirgizstan (45% vs 2.0%), Albania (60.0% vs 19%) y la República de Moldavia (43% vs 5.0%) (5).

Tabaquismo y los jóvenes europeos

La prevalencia total de tabaquismo es mayor entre los jóvenes que entre las generaciones de mayor edad, (6). La Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes 2011 revela que la región Europea de la OMS, es la tercera en cuanto a prevalencia de adolescentes de 13 a 15 años consumidores de tabaco, en cualquiera de sus formas, con un 18,55% de esta población, detrás de la regiones OMS del Pacífico Occidental y las Américas con un 22,6% y 20,6% respectivamente. Y la segunda teniendo en cuenta únicamente el porcentaje de fumadores de cigarrillos con un 16,2% de la población adolescente entre 13 y 15 años de edad, tras la región OMS del Pacífico Occidental que presenta un porcentaje global de fumadores de cigarrillos en este sector de edad del 16,7%(7).

Los datos aportados por la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes 2011 revela

además que en la región Europea de la OMS las diferencias de prevalencia de fumadores entre chicos y chicas no son tan grandes como en edades superiores, y entre los países participantes, Bulgaria, Croacia, República Checa, Hungría y Polonia presentan mayores porcentajes de fumadoras que de fumadores en este sector etario de población, (7).

Tabaquismo pasivo en Europa

En la Región Europea de la OMS, se estima que el humo de segunda mano es el responsable de 172.300 muertes prematuras y la pérdida de más de 1,4 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALYs) en 2004, (19). La exposición al humo de segunda mano varía entre los países que conforman la Región Europea de la OMS entre el 32 y el 66%,(19).

Disponemos de datos a nivel nacional de los cuatro países europeos participantes en la encuesta Mundial de Adultos y Tabaco (GATS) (20), cuyos datos fueron recogidos en 2008: Polonia, Ucrania, Federación Rusa y Turquía. Los resultados muestran que en sus hogares, están expuestos al humo de segunda mano, el 28% (6.2 millones) de los adultos no fumadores de Polonia, el 21,5% (14.6 millones) en la Federación Rusa, el 21,7% (6.2 millones) en Ucrania y el 55.5% (30.5 millones) en Turquía. En los lugares de trabajo la exposición fue del 26,8% (2.2 millones) en Polonia, 16.8% (11.5 millones) en la Federación Rusa, 31.6% (27 millones) en Turquía y 26.6% (2.9 millones) en Ucrania.

Datos publicados en 2001 de la encuesta Europea sobre Salud Respiratoria que investigaba la prevalencia de asma en adultos jóvenes (20-44 años), aportaron información relevante sobre la exposición al humo ambiental del tabaco en diferentes países europeos. Se encontró una gran variación entre las diferentes ciudades donde se realizó el estudio, con una prevalencia de exposición (laboral o doméstica) elevada en Galdakao (75,9%) o Huelva (67,3%) en España, Pavia (61,8%) en Italia, o Dublín (63,2%) en Irlanda, y considerablemente menor en ciudades suecas como Uppsala (21,5%) o Umea (18,9%). La mayor parte de ciudades donde se realizó el estudio mostraron prevalencia de exposición pasiva entre 30 y 50%, (21).

En Europa, según los datos de la última Encuesta Mundial de tabaco y Jóvenes 2011, los mayores porcentajes de adolescentes de 13 a 15 años expuestos en sus hogares al humo de tabaco los presenta Chipre (87,9%), Bosnia y Herzegovina (77.3%), Serbia (76,9%), Montenegro (76,8%) y la Federación Rusa (76,4%). El promedio europeo es de 55.00%, el más elevado de todas las regiones de la OMS. Europa presenta también el promedio más elevado en cuanto a adolescentes expuestos fuera de sus hogares (71,3%) (7).

Mortalidad atribuible al tabaco en Europa

El informe de salud mundial de 2002, estimó que el tabaco era responsable de 1.6 millones de muertes en Europa. De acuerdo a los datos más recientes (2004), el promedio de mortalidad atribuible al consumo de tabaco fue de 35.2 por 100.000 habitantes, (22).

Género

En gran parte de Europa, desde principios de los 90 se ha experimentado una tendencia al descenso en las tasas de mortalidad para cáncer de tráquea, bronquios y pulmón en la población masculina, mientras que estas tasas en la población femenina están constantemente ascendiendo. Esto implica que las tendencias en la prevalencia de tabaquismo entre los hombres se han frenado en muchos países, desde al menos principios de los 80, mientras que las tendencias de mortalidad femenina, aunque ascendiendo a diferentes velocidades en la Región, en general, reflejan un incremento de la prevalencia de tabaquismo. La República Checa, Finlandia, Holanda y el Reino Unido son un ejemplo de estas diferencias en las tendencias de mortalidad entre hombres y mujeres (22).

Sin embargo, otros países del Sur y Este de Europa, como Portugal y Rumanía, presentan una tendencia ascendente en las tasas de mortalidad de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón por 100.000 habitantes tanto para hombres como para mujeres, lo cual refleja que en estos países el tabaquismo está aún ascendiendo tanto en hombres como en mujeres, o que ha empezado a descender entre los hombres muy recientemente, por lo que aún este hecho no se ha reflejado en las tasas de mortalidad, (22).

Diferencias socioeconómicas en la mortalidad

Las tasas de mortalidad prematura, particularmente en la población masculina, son mayores en aquellos con niveles menores de educación o ingresos. El tabaquismo se ha identificado como un factor contribuyente principal a la diferencia en la mortalidad y en la esperanza de vida sana entre aquellos más necesitados y los más adinerados.

Datos de Francia, Polonia y el Reino Unido muestran que fumar es responsable de más de la mitad de la diferencia en la mortalidad masculina adulta entre aquellos con estatus socioeconómico más elevado y aquellos con estatus más bajo.

En el Reino Unido, las muertes prematuras por cáncer de pulmón, son 5 veces mayores entre los trabajadores manuales no cualificados que en los profesionales. Cifras similares se encontraron en Francia y Polonia (para hombres de 20 a 44 años). Diferencias similares en relación al nivel educativo se ha encontrado en Finlandia (Helsinki), Noruega (Oslo) y la Federación Rusa (Moscú y San Petersburgo), (22).

Mortalidad atribuible al tabaquismo pasivo en Europa

En la Unión Europea, la exposición al humo ajeno en el lugar de trabajo causa cada año un número estimado de 7600 defunciones, a las que hay que añadir otras 72100 muertes provocadas por la exposición en el hogar (17).

En Francia, el humo de segunda mano causa la muerte prematura de 3000 personas cada año (23).

Epidemiología del tabaquismo en España

Prevalencias de consumo

Según la última Encuesta Europea de Salud en España de 2009, el porcentaje global de fumadores en la población española de 16 y más años, es de 29,87%. EL 26,16% afirma fumar a diario y un 3,71% de manera ocasional. El 20,4% se declara ex-fumador, (24).

Edad

El grupo de edad donde el porcentaje de fumadores es mayor es el 45 a 54 años, con el 37,76% de fumadores, de los cuales 33,99% son fumadores diarios y 3,77% son ocasionales. Cabe destacar que el 26,2% de los jóvenes de 16 a 24 años fuma a diario. Este porcentaje se eleva a algo más del 33% para las edades de 25 a 54 años y luego disminuye a medida que avanza la edad, (24).

Género

La prevalencia media es de 35,34% de fumadores entre los hombres frente al 24,59% que presentan las mujeres. En todos los grupos de edad el porcentaje global de fumadores es superior entre los hombres que en las mujeres. A destacar el hecho que no existen diferencias en el porcentaje de fumadores ocasionales en el grupo de edad de 16 a 24 años y 45 a 54 años, (24).

Comunidades Autónomas

Trece Comunidades Autónomas se encuentran por encima del promedio estatal global de fumadores, siendo en orden descendente de prevalencia de consumo, La Rioja, Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha, Región de Murcia, Extremadura, Andalucía, Canarias, Baleares, Castilla y León, País Vasco, Principado de Asturias, Navarra y Cantabria, (25).

Atendiendo a la población masculina, por orden descendente de prevalencia, Extremadura, Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja, Castilla y León, Castilla La Mancha, Andalucía, País Vasco, Cantabria, Navarra y Principado de Asturias son las 11 Comunidades Autónomas que se encuentran por encima del promedio estatal, (25).

En relación a la población femenina, (por orden descendente de prevalencia), Castilla La Mancha, La Rioja, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Andalucía, País Vasco, Asturias, Madrid, Cantabria y Navarra son las 11 Comunidades Autónomas que se encuentran por encima del promedio estatal. (25)

La edad media de inicio de consumo de cigarrillos en los fumadores diarios para ambos sexos y según la ENS 2006, es de 17, 35 años, siendo algo más precoz entre los

hombres (17,04 años) que en las mujeres (17,78 años). Entre las mujeres fumadoras diarias de los grupos de edad más jóvenes, la edad media de inicio es más precoz que en los hombres fumadores de la misma edad. Para ambos sexos, el grupo de fumadores más jóvenes, son los que se han iniciado más precozmente en el hábito (una media de 15.84 años), (26).

Tabaquismo en los jóvenes españoles

Entre los adolescentes españoles de 14 a 18 años, según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008, (27), está muy extendido el consumo de tabaco, siendo la segunda droga más consumida y la que se empieza a consumir antes, con una edad media de inicio de 13 años. La edad media de inicio del consumo diario se produce un año después (14 años).

En el año 2008, el 44,6% de los estudiantes de 14-18 años afirmaba haber probado el tabaco alguna vez y un 32,4% haber fumado en los últimos 30 días. El porcentaje de fumadores diarios era del 14,8%, siendo superior en las chicas (16,4%) que en los chicos (13,3%). LA proporción de consumidores aumenta con la edad, siendo mayor en las chicas en todas las edades. El consumo medio de cigarrillos al día entre los adolescentes fue de 5 cigarrillos, no existiendo diferencias según género, (27).

La intención de abandonar el consumo de tabaco es más patente en las chicas (73,1%) que en los chicos (63.7%), siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (38.7% frente al 33.5%), (27).

Tabaquismo pasivo en España

Según datos de Encuesta Europea de Salud en España 2009, el 11,4% de las personas de 16 años o más, declaran haber estado expuestas en distinta medida al humo del tabaco en su lugar de trabajo y el 24,5% en sus hogares (28). Las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de expuestos al humo de tabaco en sus hogares son la ciudad Autónoma de Ceuta (38,89%), Madrid (31,55%), y La Rioja (30,37%). Andalucía, Murcia y Madrid son las Comunidades donde mayor porcentaje de población están expuestos al humo de tabaco en sus casas >5 horas al día, con un 6,15%, 5,56% y 5,09% respectivamente (29)

Según la Encuesta ESTUDES 2008, en un 52,9% de los hogares en que viven los estudiantes de 14 a 18 años edad fuma alguna persona diariamente, cifra superior al 47,7% resultante en 2006 (27).

Mortalidad atribuible al tabaco en España

En España, según un estudio realizado en el año 2006 (30), se produjeron 53.155 muertes atribuibles al consumo de tabaco en la población de 35 y más años de edad, es decir, el 14,7% de todas las muertes ocurridas en España durante ese año y para ese segmento

de población. Se puede decir, por tanto, que el tabaco es responsable de una de cada 7 muertes ocurridas en individuos mayores de 35 años cada año. El 88,7% de estas muertes corresponde a varones y el 11,3% a mujeres. En los hombres predominan las muertes por cáncer y en las mujeres por enfermedades cardiovasculares. La primera causa aislada global es el cáncer de pulmón.

Un 27,4% de todas las muertes atribuibles fueron prematuras, entendiéndose por tal aquellas ocurridas antes de los 65 años (30).

En cuanto a la evolución de la mortalidad en España, en las últimas tres décadas ha habido un incremento progresivo del número de muertes atribuibles al consumo de tabaco, a expensas de un incremento en los varones, hasta el año 2001, en que comienza a experimentarse un ligero descenso. En las mujeres siguió el ascenso, discreto pero continuado, más acusado desde finales de los años noventa (30).

Capítulo 4

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR EL TABAQUISMO

La problemática del tabaco y su importancia a nivel mundial viene dada principalmente por los efectos nefastos que provoca en el organismo. De hecho, el tabaquismo está considerado y descrito como enfermedad. La OMS, mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades lo incluye dentro de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, especificándolo en el subapartado F17 como Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco. (22)

En sí misma es una enfermedad adictiva que acarrea una necesidad imperiosa de consumo, desarrollando tolerancia, síndrome de abstinencia, y un uso compulsivo del tabaco aun cuando está teniendo evidentes efectos perjudiciales. (22) El causante de eso es la nicotina, que crea una fuerte dependencia al cigarrillo. Ésta no aumenta la toxicidad del tabaco per se, sino que dificulta la cesación del hábito, perpetuando su consumo y por consiguiente aumentando su toxicidad.

Su síndrome de dependencia se expresa por una serie de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las cuales el consumo del tabaco se vuelve prioritario para el individuo. Presenta como principal característica el deseo de consumir tabaco, frecuentemente fuerte y en ocasiones insuperable, disminuyendo la capacidad para controlarlo. Una vez se ha llevado adelante un período de abstinencia, si ocurre la recaída, ocasiona una instauración más rápida del resto de las características del síndrome comparada con individuos que no son dependientes. (22)

Las consecuencias tanto del consumo de tabaco como la inhalación de su humo en el caso del fumador pasivo repercuten en todo el organismo, provocándole cambios, enfermedades e incluso la muerte a la que se enfrentan la mitad de los fumadores. Existe una relación entre el tiempo que se lleva fumando y la cantidad que se fume de forma proporcional al aumento del riesgo.

Enfermedades producidas por el tabaco en el fumador

El tabaco y las alteraciones que produce sobre la salud han sido motivo de estudio a lo largo de los años en que se ha comercializado su uso. Si bien en un principio las empresas tabacaleras ocultaron, maquillaron y omitieron muchos de los daños que provocaban los cigarrillos al ser humano, se fueron desplegando investigaciones y actividades para dar a conocer estos hechos, y las patologías que se desencadenaban como consecuencia de su consumo.

A día de hoy, el resultado de estos estudios ha desembocado en el hallazgo y clasificación de más de 25 enfermedades relacionadas directamente con el tabaco. (9)

La población fumadora y la que está expuesta al humo del tabaco, lidia con un riesgo especial de presentar enfermedades cardiovasculares y respiratorias (1,2), así como está estrechamente relacionado con ciertos tipos de cáncer. Dichas patologías son las primeras que se asocian con el tabaco, no obstante, existen muchas otras alteraciones que generalmente no son muy tenidas en cuenta, pero que afectan al individuo. Todas estas razones van sumándole valor e importancia al hecho de no consumir tabaco, ya que cualquiera sea la cantidad, de por sí, es dañina para la salud.

El organismo se ve afectado por el tabaco de manera global, y se evidencia en los cambios que se producen desde la cabeza a los pies. (6)

Al agruparse las principales enfermedades asociadas al consumo del tabaco, pueden dividirse de la siguiente manera:

- Enfermedades con relación causal directa establecida (con el tabaquismo como principal factor de riesgo de aumento de mortalidad): cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular periférica, cáncer de laringe, cáncer de faringe, cáncer de esófago, accidente cerebro-vascular, enfermedad coronaria, cáncer de vejiga, cáncer de páncreas, aneurisma aórtico y mortalidad perinatal.
- Relación epidemiológica, pero no está establecida exactamente su asociación: cáncer de cuello uterino, cáncer de estómago, úlcera gástrica y duodenal, neumonía, cáncer de hígado, síndrome de muerte súbita del lactante, esquizofrenia, depresión y algunos trastornos de ansiedad. (23)

A continuación se hace un recorrido por el cuerpo humano mencionando las diferentes partes que se ven afectadas por el consumo de tabaco:

Caída del cabello

Como el tabaco ataca al sistema inmunitario, lo vuelve vulnerable ante enfermedades como el lupus eritematoso, que puede causar la caída del pelo, así como úlceras buca-

les y de erupciones en la cara, el cuero cabelludo y las manos. (6)

Patología ocular

El tabaco causa o agrava algunas de las alteraciones oculares. Existe una asociación entre ciertas patologías y el tabaquismo, tales como la oftalmología de Graves, la degeneración macular de la edad, el glaucoma y las cataratas. (23)

Cataratas. De hecho, el porcentaje de personas con cataratas entre los fumadores es un 40% mayor que en los no fumadores. Los mecanismos que producen más cataratas entre los consumidores de tabaco son dos: la irritación ocular directa del humo del tabaco y la liberación pulmonar de sustancias químicas que se desplazan hasta los ojos mediante el torrente sanguíneo. (6)

Degeneración macular. Está relacionada con la edad, es una oftalmopatía incurable causada por el deterioro de la zona central de la retina, llamada mácula (donde se enfocan las imágenes, lo que permite la lectura, conducir vehículos, reconocer rostros o colores y apreciar los detalles de los objetos). (6)

Patología dermatológica.

Envejecimiento. La aparición de arrugas en el rostro es un fenómeno natural que aparece en las personas mayores. Sin embargo, fumar provoca un envejecimiento prematuro de la piel producido por la sequedad y un desgaste de las proteínas que le confieren elasticidad, así como por la depleción de vitamina A y una reducción del riego sanguíneo del tejido. Aparte de la halitosis y el mal olor corporal característico, se encuentra en los fumadores una piel seca, áspera y surcada por pequeñas arrugas, que se visualizan principalmente en torno a los labios y a los ojos. Esta realidad contrasta con la imagen publicitaria que ha sabido presentar la industria tabacalera, mostrando personas jóvenes, atractivas y con rostros radiantes consumiendo tabaco. (6) Así se conforma la característica fascie del fumador.

Fascies del fumador. Se presenta como resultado visible en las personas que consumen tabaco. Las características son:

- Presencia de arrugas en labios superiores y comisuras.
- Presencia de arrugas en torno a los ojos, las clásicas “Patatas de gallo”.
- Líneas cutáneas tanto profundas como superficiales en las mejillas y mandíbulas.
- Adelgazamiento de la cara con prominencia anormal de los relieves óseos, especialmente los pómulos.
- Aspecto rugoso de la piel con coloración ligeramente grisácea.

Cáncer de piel. El tabaco no causa melanoma pero sí aumenta las probabilidades de morir como consecuencia de él. Se duplica el riesgo a padecer carcinoma cutáneo de células escamosas (este tipo de cáncer provoca la aparición de escamas y erupciones

rojizas en la piel) ente los fumadores con respecto a los no fumadores.(6)

Psoriasis. Esta enfermedad inflamatoria y no contagiosa de la piel es entre dos y tres veces más frecuente entre los fumadores. (6)

Produce además un retraso en la cicatrización de las heridas y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades como pustulosis palmoplantar. (23)

Pérdida de oído

En los fumadores se ve favorecida la formación de placas en las paredes de los vasos sanguíneos. Muchas veces, estas alteraciones vasculares atacan los vasos que irrigan la zona auditiva, elemento que produce una disminución del riego sanguíneo en el oído interno. Es por ello que pueden perder audición a edades más tempranas que los no fumadores. Son más vulnerables a perder audición también como complicación a la infección de oído o a exposición de ruidos intensos. Además son tres veces más propensos a padecer infecciones del oído medio que pueden complicarse con meningitis o parálisis facial. (6)

Deterioro de la dentadura

El tabaco agrede al equilibrio químico de la boca, desembocando en un exceso de sarro y cambio en la coloración de la dentadura, volviéndose amarillenta. Como resultado, se produce un deterioro acelerado de la dentadura. El riesgo de perder los dientes se ve multiplicado en un 1,5 entre los fumadores (6). Además de esto, puede producir enfermedades dentales como la estomatitis, la enfermedad periodontal crónica, fallo en implantes dentales y lesiones premalignas. (23)

Enfermedades respiratorias

Conforman una alteración importante y altamente frecuente entre los fumadores. Es el propio tabaco el principal causante de las patologías respiratorias que son encontradas en el medio. Dicho de otra manera, si un individuo consume tabaco, posiblemente desemboque en una afección respiratoria, y si un individuo padece una afección respiratoria, probablemente sea por causa del tabaco. (6)

El humo del tabaco perjudica a la estructura, fisiología y respuesta inmune del pulmón, derivándose en las diferentes patologías. (23)

Entre las enfermedades que se desarrollan encontramos patologías crónicas y algunas de ellas irreversibles. Con consecuencias nefastas, como por ejemplo es el caso del cáncer de pulmón como se verá más adelante. Las complicaciones que puede provocar el tabaquismo en el aparato respiratorio son:

Síntomas respiratorios inespecíficos (tos, disnea, expectoración, sibilancia)

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Más del 90% de los casos de

EPOC están asociados al tabaco, y a su vez, el 15-20% de los fumadores tendrán la patología. Existe una reacción inflamatoria ante el humo del tabaco, ocasionando obstrucción crónica y progresiva ante el flujo aéreo. Poco a poco la falta de oxígeno va debilitando al individuo, incapacitándolo para ciertas actividades habituales y afectando a otros órganos como el riñón, cerebro y corazón. Además provoca la hipertensión pulmonar que puede desembocar en un cor pulmonale derivando a insuficiencia cardíaca. (23)

Enfisema. En la reacción inflamatoria antes descrita se ven afectados los alvéolos, dificultando el intercambio gaseoso, y disminuyendo la capacidad pulmonar a la hora de captar oxígeno y liberar dióxido de carbono. (23)

Bronquitis crónica. Se afectan los bronquios, irritándose debido al humo del tabaco. Esta afectación tiene gran importancia si tenemos en cuenta que el tabaquismo es la causa de más del 90% de los casos de bronquitis diagnosticados en España (4), ésta puede desembocar a un EPOC.

Asma bronquial. El tabaco actúa como irritante, desencadenándolo, y aumentando el riesgo de aparición como es en el caso de los niños.

Síndrome de apnea del sueño (SAS)

Otros. Se ha observado que hay un aumento de las infecciones de vías bajas y catarros de vías altas, además de broncoespasmo al ejercicio y tos crónica en jóvenes fumadores. (23)

Osteoporosis.

El consumo de tabaco conlleva un riesgo aumentado de padecer osteoporosis de aproximadamente un 50% (23). Los huesos de los fumadores pierden densidad, se fracturan más fácilmente y tardan hasta un 80% más en soldarse. Además, tienen una mayor tendencia a sufrir problemas de espalda. Según un estudio, se ha mostrado que tras una lesión, los dolores de espalda son 5 veces más frecuentes entre los operarios que fuman. Esto sin contar la tendencia a la osteoporosis que sufre el colectivo femenino añadido al riesgo que provoca el tabaco. (6)

Enfermedades cardiovasculares

Una de cada tres muertes en el mundo se produce por enfermedad cardiovascular. Cuando esta afección ha sido causada por el tabaco, tiene una mortalidad de 600.000 personas anual en países desarrollados y más de un millón en países en desarrollo. (6)

El tabaquismo produce en sus consumidores la formación de placas ateromatosas, causa principal de riesgo ante las patologías cardíacas. Además produce una aceleración de la frecuencia cardíaca y elevación de la presión arterial, aumentando el riesgo de hipertensión y de obstrucción de las arterias, todos, factores de riesgo que pueden

desembocar en un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular. El 30% de las cardiopatías coronarias es causado por el tabaco. Respecto a la hipertensión, hay que tener en cuenta que el tabaco limita la eficacia de algunos tratamientos hipertensivos y que favorece el daño que la hipertensión produce en ciertos órganos como es la neuropatía hipertensiva. (23)

Las complicaciones cardiovasculares a causa del tabaco pueden ser: infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica. (4) En el caso de la cardiopatía isquémica y la enfermedad vascular cerebral, el incremento del riesgo es superior al 50%.

Para la enfermedad vascular periférica, el riesgo se multiplica por 7 aproximadamente. (23) La alteración más frecuente dentro de este grupo es la oclusión parcial o total de las arterias en miembros inferiores, seguida de oclusión en arterias renales y pélvicas con sus correspondientes riesgos de hipertensión o de disfunción eréctil. (23)

También hay un riesgo de aneurisma de aorta e hipertensión maligna, que se ve multiplicado por 4 o 5 en caso de los fumadores. (23)

Jóvenes e infarto agudo de miocardio: Fue realizado un estudio que se publicó en la Revista Española de Cardiología (REC). En él, encontraron que el tabaco multiplica por seis las posibilidades de sufrir un infarto en los jóvenes, y que el 76,78% de los pacientes jóvenes que sufren un infarto agudo de miocardio son fumadores (en los mayores de 46 años, el tabaco está presente como factor de riesgo en un 24,46%). (11)

Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, en España se han gastado aproximadamente 4.310 millones de euros en 2009 a causa de la enfermedad coronaria, sin contar los 530 millones estimados que propició el tabaquismo pasivo. (11)

Si se tiene en cuenta el género, en España alrededor del 90% de los infartos que se producen en menores de 46 años se dan en hombres, debido a dos factores de riesgo que provocan mayor incidencia de IAM prematuro: el tabaco y la dislipemia. Se cree que en los próximos años este porcentaje va a tender a igualarse entre hombres y mujeres debido a que éstas son cada vez más fumadoras. (11)

Patología digestiva

Se ve alterada la motilidad del tubo digestivo, y un aumento del ácido gástrico, lo que empeora el estado de los pacientes que presentan reflujo gastroesofágico. Mientras que la enfermedad de Crohn se ve afectada en fumadoras, la colitis ulcerosa tiene al tabaco como factor protector. (23)

Úlcera gástrica. El tabaco reduce la capacidad del estómago para neutralizar el ácido después de las comidas. Esta situación propicia las erosiones de su pared, a lo que se añade que las úlceras de los fumadores responden peor al tratamiento y tienden a recidivar más a menudo. (6)

Discromía de los dedos

Los dedos y las uñas se tiñen con un color pardo amarillento debido al alquitrán que contiene el humo del tabaco. (6)

Esterilidad masculina

El tabaco reduce el número de espermatozoides y dificulta el riego sanguíneo del pene, lo que puede provocar impotencia. La esterilidad es más frecuente entre los fumadores. (6)

Cáncer

Esta es la causa que encabeza la lista de mayor mortalidad producida por el tabaco detrás de las enfermedades cardiovasculares. Provoca una de cada tres muertes debidas al cáncer.

Ante esto se es especialmente vulnerable, ya que se ha demostrado la presencia de 69 componentes cancerígenos, como se comentará al hablar de su composición. Esto repercute de tal manera que el tabaco se ha situado como la causa del 30% de los cánceres (1,2).

Se reconocen diferentes tipos de cáncer relacionados con el tabaco, entre los cuales se encuentran:

- Cavidad oral: labios, boca, lengua
- Faringe
- Laringe (99% corresponden a glóticos y supraglóticos)
- Esófago
- Pulmón
- Páncreas
- Vejiga
- Riñón
- Hematológico: leucemia
- Mama
- Cuello uterino(3)

Y, cuantos más años se lleve fumando, hay más riesgo de padecer estos tipos de cáncer diferentes al de pulmón que es el principal. En cuanto a éste, el riesgo de padecerlo es entre 10 y 25 veces mayor entre fumadores, aumentando proporcionalmente al número de años de consumo. El 90% de los cánceres de pulmón, están causados por el tabaco. Son cuatro los tipos de tumores relacionados con el tabaquismo: carcinoma de células escamosas o epidermoide, carcinoma de células pequeñas, carcinoma de células grandes y adenocarcinoma. (23)

Enfermedades producidas por el tabaco en la mujer

Se cree conveniente hacer un apartado que hable sólo de la problemática que representa el tabaco en el género femenino. Cada vez la diferencia entre el número de mujeres que fuman con respecto al número de hombres fumadores es menor, circunstancia negativa no sólo por el auge de nuevas fumadoras jóvenes, sino porque para ellas el tabaco resulta particularmente nocivo. Esto es debido a que las mujeres sufren las consecuencias presentes en los hombres además de aquellas relacionadas específicamente con su género, tales como pueden ser las afecciones relacionadas con el embarazo.

Anticonceptivos orales

Este método anticonceptivo conlleva un riesgo para las fumadoras, ya que incrementa las posibilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular debido a la trombosis. La probabilidad de sufrir un infarto se multiplica por diez en estas mujeres. (4)

Menopausia

El tabaco puede reducir el nivel de estrógenos (6), por lo tanto, las fumadoras tienen mayor riesgo de desarrollar una menopausia precoz. El adelanto medio es entre dos y tres años con respecto a las no fumadoras. (4)

Osteoporosis

En las mujeres el consumo de tabaco produce una alteración en el metabolismo del estradiol, que en lugar de pasar a 16alfa, con el que mejora la calidad ósea, éste hace que aumente el metabolismo hacia 2alfa, que es el que va al cerebro creando dependencia y dejando sin estrógenos al hueso, disminuyendo su masa ósea. De ahí que el tratamiento para osteoporosis no funcione en mujeres fumadoras. Además este riesgo se ve aumentado proporcionalmente al de menopausia precoz, ya que el tabaco contribuye a la pérdida de calcio óseo en la fase posmenopáusica. (4)

Retraso de la concepción. (3)

Reducción de la fertilidad.

Infertilidad.

Aumento del riesgo de cáncer cervicouterino y cáncer de útero. (6)

Complicaciones durante el embarazo y el parto:

- Mayor riesgo de anemia en la madre.
- Embarazo ectópico.

- Placenta previa.
- Desprendimiento de placenta.
- Aborto espontáneo y muerte prenatal: es entre dos y tres veces más frecuente entre las fumadoras. Ocurre debido a la privación de oxígeno que sufre el feto y a las alteraciones que afectan a la placenta como consecuencia del monóxido de carbono y la nicotina del humo de los cigarrillos.
- Parto prematuro.

Complicaciones del feto expuesto al tabaco: (3)

- Recién nacido de bajo peso al nacer, con sus respectivas complicaciones.
- Alteraciones endocrinas del RN.
- Mutaciones del ADN con riesgo elevado de cáncer.
- Alteraciones de la función pulmonar.
- Síndrome de muerte súbita en el lactante (SMSL).

Enfermedades producidas en el Fumador Pasivo

(20) La exposición al humo del tabaco ajeno es algo cotidiano, que se produce en todos los lugares públicos donde se permite fumar. Este humo es dañino para los que están alrededor de la persona fuente, de tal manera que no hay ningún nivel de exposición que no contenga riesgo.

(20) Hace más de 50 años que han sido comprobados y establecidos de manera concluyente los efectos nocivos del tabaco en la salud. Durante largo tiempo se estuvo centrado principalmente en los daños que ocasionaba al fumador. El problema ante el tabaquismo surge no sólo de las enfermedades y mortalidad que causa entre los que lo consumen, sino de las patologías y muertes entre los que no lo consumen, que se ven afectados por la exposición al humo del tabaco ajeno, y he aquí nos encontramos con el fumador pasivo.

(20) En los 25 años que siguieron después de haber encontrado y señalado el riesgo al que estaba expuesto el fumador pasivo, se han hecho 14 informes de consenso científico que afirman de manera contundente los daños que son sometidos en su salud. Dichos informes han estado a cargo de grandes instituciones médicas y científicas tales como el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la OMS, la Oficina del Director General de Salud de los Estados Unidos, la Agencia de Protección Ambiental de California y el Comité Científico sobre Tabaco y Salud del Reino Unido.

El fumador pasivo tiene una morbilidad y una mortalidad que se puede atribuir a una gran variedad de enfermedades, poseyendo un riesgo aumentado de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares (9)

(20) Casi un 1% de la morbilidad mundial es causada por la exposición al humo ajeno, así como entre el 10 al 15% de la morbilidad por el tabaquismo activo.

Además, la calidad de vida sanitaria disminuye de forma inversamente proporcional al nivel de exposición al humo del tabaco: cuanto más humo inhalado, peores son las consecuencias nocivas en el organismo del que lo recibe. Hasta los animales de compañía aumentan el riesgo de tener cáncer cuando viven en hogares donde se fuma.

Morbilidad Infantil atribuida al humo del tabaco

Los niños son más vulnerables a contraer enfermedades cuando se los expone al humo del tabaco ajeno. Esto es debido a factores constitucionales inherentes a su edad, como pueden ser el sistema inmune inmaduro, las vías aéreas más pequeñas con bronquios de menor tamaño y una frecuencia respiratoria mayor. Este último punto favorece en especial que los niños inhalen más que los adultos las sustancias tóxicas desprendidas del humo del tabaco (3).

Así también, los niños que son fumadores pasivos sufren las consecuencias desde que es-

tán en el útero de la madre, ya que tienen mayor riesgo de muerte prematura, insuficiencia ponderal y el doble de riesgo de muerte súbita del lactante. (20)

Además tienen un riesgo de contraer infecciones respiratorias agudas entre un 50% y 100% mayor que los que no han estado expuestos al humo (20). El asma es de un 20 a un 40% más frecuente en hijos de fumadores. Es importante este punto, ya que hay que tener en cuenta que una de las formas de manejo del asma es el evitar dicho humo (3) y los niños que lo inhalan presentan sus síntomas más frecuentemente y de manera más severa (4). También contraen más infecciones de oído (20), las otitis medias son más frecuentes entre un 40 y 50%. También, poseen una mayor predisposición a tener problemas vasculares (3).

A esto se le suma el mayor riesgo que tienen de presentar discapacidades durante el desarrollo, problemas de comportamiento (20), dificultad para el aprendizaje y en niños de 3 a 4 años, disminución del coeficiente intelectual (3).

Los niños que tienen progenitores fumadores y que conviven con ellos en el hogar muestran en general peores condiciones de salud y un más alto grado de absentismo escolar (4).

Si se agrupan las patologías que se ha comprobado que están causadas o afectadas por el tabaco y las que hay indicios de que es así, se encuentra lo siguiente: (20)

En niños hay indicios de causalidad tabáquica para:

- Tumores de cerebro.
- Linfoma.
- Asma.
- Leucemia.

Existen pruebas de estar causados por el tabaco:

- Síntomas respiratorios.
- Enfermedades del oído medio.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.
- Deficiencia pulmonar.
- Enfermedades de las vías respiratorias inferiores.

Morbilidad en adultos atribuida al humo del tabaco

El fumador pasivo comparte muchos o casi todos los riesgos del propio fumador. Estudios señalan el mayor riesgo que tienen de padecer cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, bronquitis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3).

El aumento de las probabilidades a sufrir cáncer de pulmón con respecto a las personas no

expuestas oscila entre un 20 y un 30%, además de un incremento del 25% de mortalidad por enfermedad cardiaca isquémica y cerca de un 82% la probabilidad de tener un infarto de miocardio. (4)

También se presentan con más frecuencia síntomas respiratorios crónicos como tos, molestias faríngeas y otros menores e irritación ocular (4).

Agrupando las patologías –según se haya visto indicios de que el tabaco es la causa, o que verdaderamente existen pruebas de estar causadas por éste, se puede decir que: (20)

Hay indicios de que están causadas por el tabaco:

- Ataque apopléjico.
- Cáncer de senos nasales.
- Cáncer de mama.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Síntomas respiratorios crónicos.
- Asma.
- Deficiencia pulmonar.
- Parto prematuro.
- Arterioesclerosis.

Existen pruebas de estar causadas por el tabaco:

- Irritación nasal.
- Cardiopatías coronarias.
- Cáncer de pulmón.
- Consecuencias obstétricas: insuficiencia ponderal del recién nacido.

Sustancias tóxicas del tabaco

Ya se han visto las consecuencias negativas sobre la salud que conlleva el tabaquismo, desde enfermedades hasta muerte prematura. Pero, ¿por qué es tan dañino el tabaco para el ser humano?

El humo que se libera como resultado de la combustión del tabaco está compuesto por 4.000 sustancias químicas. El IARC ha encontrado en sus estudios 69 sustancias carcinógenas presentes en el humo del tabaco, de las cuales 11 lo son para los humanos, 7 probablemente lo sean (carcinógenos), y 49 no está probado que lo sean en absoluto, pero sí para los animales. (4)

La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) que forma parte de la OMS, identificó como carcinógeno para los humanos el Aire Contaminado por Humo del Tabaco (AHT), exponiendo la unanimidad de toda la comunidad científica internacional frente los efectos adversos que repercuten tanto en aquellas personas que fuman, como en aquellas que no fuman, pero que comparten espacios con los que sí. (4)

Algunos de los materiales utilizados para confeccionar un cigarrillo se han dividido aquí en dos grupos. Por un lado están las sustancias que aumentan el riesgo de los fumadores a contraer cáncer y por el otro están otros tóxicos que son irritantes para los ojos y las vías respiratorias superiores. Además, se ha querido exponer algunas de las sustancias que componen el cigarrillo, junto con los usos que se les suelen dar en otras actividades distintas a la producción y el consumo del tabaco.

Sustancias carcinógenas:

- Alquitranes:** se usan habitualmente para asfaltar calles y carreteras.
- Arsénico:** es un potente veneno mortal.
- Cadmio y Níquel:** son materiales que se utilizan en baterías.
- Cloruro de vinilo:** es el que está presente en los discos de vinilo.
- Creosota:** es un componente del alquitrán.
- Formaldehído:** es un conservante orgánico que se suele usar en laboratorios forenses y en anatomía patológica.
- Polonio 210:** es un agente radiactivo.
- Uretano:** se utiliza para embalajes. (4)

Tóxicos irritantes para los ojos y las vías respiratorias superiores:

- Amoníaco:** es un componente utilizado en los limpiacristales y empleado para limpieza doméstica.
- Acetona:** es un disolvente tóxico (utilizado comúnmente como disolvente de esmaltes para uñas, “quitaesmaltes”).

- Acroleína:** es un potente irritante bronquial y causa enfisema.
- Cianuro de hidrógeno:** es un veneno mortal que se utiliza como raticida.
- Monóxido de carbono:** es un gas que se produce en combustión deficiente como calderas, estufas, braseros, etc., y que en espacios cerrados es mortal.
- Metanol:** es un alcohol utilizado como combustible de misiles.
- Tolueno:** es un disolvente tóxico. (4)

Nicotina:

No hay que olvidar uno de los componentes en el cigarrillo que crea por efecto en cadena el mayor mal de todos, la dependencia, y por ende, la continuidad de la exposición a su toxicidad. Esta sustancia es la nicotina, alcaloide vegetal presente en el humo del tabaco. Cada cigarrillo libera unos 8 o 9 mg, de los cuales son absorbidos alrededor de 1 mg. Su distribución se realiza por vía hemática que suele ser rápida, y que llega al cerebro en unos 7 a 10 segundos. Su vida media es de 2 horas, disminuyendo sus concentraciones sanguíneas rápidamente, en unos 20 a 30 minutos. Cuanto más rápida es la llegada de una sustancia al cerebro, mayor es el efecto y se vuelve más adictiva. Así también, cuanto más corta es la duración de acción es más frecuente el abuso.

UN MODELO DE TALLER PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

¿Qué es un taller?

Taller de trabajo

Es una técnica grupal que consiste en reuniones programadas, de un grupo de personas con una problemática común, para estudiar y trabajar en la resolución del citado problema. (1)

Metodología (2)

Objetivos

- Instruir en la materia específica sobre la que se trabaja
- Identificar problemas
- Analizar los problemas
- Resolver los problemas

Estructura. El número de los participantes es pequeño (entre 10 y 30 participantes) para facilitar la conexión y comunicación entre ellos. Hay que utilizar dinámicas grupales en las que todos los participantes intervienen, para educar e instruir. Además es recomendable utilizar instrumentos, para favorecer la educación e instrucción de los participantes (documentación escrita...). Debe ser flexible, para adaptarse a las necesidades de los participantes.

Desarrollo

- Elegir el tema
- Seleccionar conductores / coordinadores del taller.
- Decidir un lugar (aula...) para desarrollar el taller.
- Tener los instrumentos necesarios para desarrollar el taller: sillas, mesas, rota folio, pizarra.

Los conductores / coordinadores preparan el programa

- Seleccionan los subtemas.
- Asignan el tiempo exacto para la exposición y la discusión de cada tema, la elaboración de tareas específicas, la presentación de las mismas y las conclusiones finales. Asimismo, se incluyen las actividades relativas a descansos cortos, tiempo

para café y alimentos.

- Elaboran una lista de libros y artículos que los participantes deben leer antes de iniciar el trabajo grupal. La distribuyen con anticipación.
- Preparan el material que cada participante utilizará, vigilando que no le falte nada a ninguno. (Hojas, plumones, etc.)
- Explican al grupo la forma en la que se piensa trabajar y se explica que los conductores únicamente dirigirán la actividad, pero que el verdadero aprendizaje es responsabilidad de cada participante.
- Se sugiere que en cada mesa se seleccione de entre ellos mismos un líder, quien coordinará el trabajo, y que éste se sustituya al terminar cada actividad.
- Para cada subtema, los conductores explican las tareas específicas a realizar por cada mesa y qué material se espera que surja de ella después de x cantidad de tiempo.
- Los conductores permanecen para orientar y resolver dudas. Transcurrido dicho tiempo, se pasa a un miembro de cada mesa a que exponga su material.
- Después de que todos los representantes de cada mesa han hecho su exposición, se prosigue a obtener las conclusiones acerca de dicho subtema.

Taller de Deshabituación Tabáquica (TDT)

Es un “Taller de trabajo” que tiene como objetivo ayudar a dejar de fumar a la población asistente.

Objetivos

- Instruir en el “tabaquismo” (enfermedad, síntomas de abstinencia....)
- Identificar y analizar los Síntomas de Abstinencia.
- Ayudar a resolver estos problemas mediante el aprendizaje de habilidades para afrontar los síntomas de abstinencia.
- Proporcionar los instrumentos (Autorregistro, documentación escrita) que faciliten afrontar los síntomas de abstinencia.
- Facilitar, mediante técnicas psico-pedagógicas, herramientas útiles para superar las recaídas de la enfermedad.

Qué se necesita para desarrollar un Taller de Deshabituación Tabáquica

- Espacio físico
- Equipo de trabajo
- Población diana

- Recursos materiales
- Protocolo-Guía de la Intervención

Estructura

- El número de los componentes por grupo debe oscilar entre 10 y 12 personas.
- El Taller consiste en seis “Sesiones Presenciales” y tres seguimientos telefónicos programados.
- Las “Sesiones Presenciales” tienen una frecuencia semanal.
 - Duran entre 60 y 90 minutos como máximo.
 - A lo largo de las “Sesiones Presenciales”, los asistentes dejarán de fumar de forma paulatina.
 - Los asistentes participan de forma activa en el desarrollo de las “Sesiones Presenciales”.
 - Finalizadas las “Sesiones Presenciales”, el taller continúa con “Seguimientos Programados”. Estos seguimientos se efectúan por teléfono.
- La cronología de los “Seguimientos Programados” es la siguiente:
 - Seguimiento 1 - A los 3 meses de finalizar las “Sesiones Presenciales”.
 - Seguimiento 2 - A los 6 meses de finalizar las “Sesiones Presenciales”.
 - Seguimiento 3 - A los 12 meses de finalizar las “Sesiones Presenciales”.

Cómo organizar un Taller de Deshabituación Tabáquica

1. Constituir un equipo de trabajo

Un equipo de trabajo es la base para alcanzar cualquier objetivo. La composición del equipo de trabajo, la coordinación la adecuada distribución de funciones y tareas entre sus miembros, es de vital importancia para lograr cualquier meta.

Para el buen desarrollo del TDT es importante que el/los coordinador/es de sesiones tengan conocimientos sobre:

- Epidemiología.
- Relajación Progresiva de Jacobs.
- Habilidades sociales: comunicación; modelos para reforzar autoestima, voluntad y autoeficacia; motivación para cambios de conducta, habilidades para detectar situaciones con peligro en la rutina diaria (=fumar).
- Dinámica grupal; estrategias para afrontar la abstinencia; modificar actividades cotidianas ligadas al tabaco.
- Enfermería: Autocuidado, nutrición, descanso, eliminación.
- Gestión (ofimática, administración)

Componentes del Equipo

- Director / Directora del TDT
- Coordinador / Coordinadora de las Sesiones del TDT
- Responsable administrativo del TDT

Director / Directora del TDT

Es de su competencia:

- Conocer los recursos de la institución donde se desarrollará el TDT.
- Junto el Equipo de trabajo valorar y jerarquizar, necesidades y recursos imprescindibles para formalizar un TDT en la Institución (=Hospital, C. Salud, Empresa...)
- Junto el Equipo de trabajo diseñar un protocolo o guía para desarrollar el TDT en la institución.
- Establecer contactos, con los responsables pertinentes, para promocionar el TDT.
- Establecer pactos con los responsables pertinentes para formalizar el TDT.
- Adecuar los recursos institucionales a las necesidades potenciales del TDT en la Institución.
- Dotar, al equipo de trabajo, con los recursos necesarios para el óptimo desarrollo del TDT.
- Convocar y dirigir reuniones técnicas periódicas, para puesta la puesta en común

del equipo.

- Coordinar al equipo de trabajo y distribuir tareas y/o roles, a los miembros del equipo, según capacidades.
- Valorar la propuesta del Responsable del TDT sobre la distribución de participantes en grupos (horarios) y la adjudicación de los grupos entre los coordinadores de sesiones.
- Reconocer y solventar, en las reuniones técnicas, los problemas que interfieren el desarrollo del TDT.

Coordinador / Coordinadora de Sesiones del TDT

Es la persona que desarrolla la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Es de su competencia:

- Desarrollar las sesiones según guía o protocolo establecido.
- Acordar con cada participante la reducción progresiva del número de cigarrillos fumados, para facilitar, el objetivo final de dejar de fumar tabaco.
- Formar a los participantes en el autocuidado de su salud.
- Prevenir alteraciones en la conducta alimentaria (p. ej.: picoteo compulsivo de alimentos hipercalóricos).
- Facilitar información, y documentación escrita sobre medidas higiénico-alimenticias.
- Facilitar información, y documentación escrita sobre habilidades para afrontar las situaciones y actividades cotidianas, relacionadas con el consumo de tabaco.
- Favorecer un cambio en los hábitos cotidianos, para instaurar otros hábitos que propicien estilos de vida saludables (ocio, ejercicio físico...).
- Educar al paciente en el respeto de un entorno libre del humo del tabaco.
- En caso de participantes especialmente negativos, refuerzo positivo telefónico entre una sesión y otra (autoestima; autoeficacia, voluntad; beneficios versus síntomas de abstinencia...).
- Efectuar los Seguidos programados según calendario previsto.
- Cumplimentar correctamente la documentación correspondiente a cada sesión, o seguimiento programado.
- Entregar, previamente cumplimentada, la documentación de las sesiones y/o seguimientos, al Responsable del TDT.
- Efectuar el control telefónico, correspondiente a los Seguidos de los 3, 6 y 12 meses tras finalizar las sesiones.
- Informar en las Reuniones Técnicas, sobre las incidencias acaecidas en las sesio-

nes, o en los seguimientos telefónicos.

Es muy recomendable que esta persona tenga conocimientos sobre:

- Empatía, Asertividad.
- Modelos de afrontamiento de enfermedades. Ejemplo “Maximizar los beneficios que resultan tras abandonar el tabaco, y minimizar los sentimientos negativos emergentes por la abstinencia a la nicotina (=síntomas de abstinencia).
- Habilidades para fortalecer la autoeficacia, autoestima y la voluntad.
- Enseñar a las técnicas de relajación.
- Metodología de la Intervención grupal: conseguir la estructura de grupo; favorecer la comunicación, el intercambio de experiencias y la autoayuda (=implicar al grupo en la ayuda de los participantes que no alcanzan el objetivo de no fumar).

Responsable del TDT

Es un *Coordinador o Coordinadora de las Sesiones*, que además ejecuta las tareas administrativas del TDT:

- Asesoramiento telefónico, a demanda, sobre Tabaquismo.
- Efectuar el “Cuestionario Telefónico” (ver anexo) a los usuarios interesados en el TDT.
- Aplicar los criterios de inclusión a los usuarios que han efectuado el “Cuestionario Telefónico”.
- Efectuar el calendario de los talleres (Sesiones presenciales y Seguimientos programados), y presentarlo en la reunión técnica, para el visto bueno de los miembros del equipo de trabajo.
- Delimitar el número de grupos de cada TDT, en función de los coordinadores de sesiones disponibles.
- Acomodar 10-12 participantes en cada grupo surgido por los horarios elegidos/ofertados.
- Informar en la reunión técnica de los grupos resultantes y los coordinadores de sesiones, y ofertar una propuesta de distribución de estos grupos entre los distintos coordinadores de Sesiones.
- Distribuir a los coordinadores de sesiones, los materiales y documentaciones necesarias para el óptimo desarrollo de las seis sesiones.
- Identificar y filiar a los asistentes a la Sesión 1ª del TDT; posteriormente distribuirlos en los grupos establecidos
- Repartir entre los asistentes la documentación escrita que deben autocumplimentar.

- En caso de conflicto por pertenencia a grupo, favorecer al usuario que antes efectuó el cuestionario (es decir que antes llamó para apuntarse al TDT).
- Tras finalizar las distintas sesiones, comprobar que la documentación está correctamente cumplimentada.
- Informatizar los datos correspondientes a las sesiones y los seguimientos programados.
- Revisar, cerrar y archivar la documentación del TDT tras la valoración del Logro del TDT.

2. Población diana

Cualquier usuario que quiera dejar de fumar, que esté en la fase de “Preparación”, que cumpla los “criterios de inclusión”, y que acepte nuestro modelo de intervención en esta patología.

Criterios de inclusión para participar en el TDT:

- Ser mayor de edad.
- No tener patologías psiquiátricas asociadas a psicosis y/o deterioros cognitivos.
- Ser fumadores activos.
- Tener como objetivo dejar de fumar.

3. Recursos

Lugar. Es imprescindible planificar el espacio físico donde se va a realizar.

- Aula grande para recibir entre 60 y 80 personas, en la 1ª sesión del Taller.
- Aula o salas para llevar a cabo las sesiones, a las diferentes horas programadas el mismo día, a partir de la 2ª sesión hasta la 6ª sesión del Taller.

Medios técnicos.

- Despacho equipado con material y mobiliario de oficina
- Ordenadores, impresoras, y paquetes informáticos.
- Sala de reunión para coordinar el proceso del Taller.

Aula equipada para desarrollar las sesiones del TDT.

Peso, esfingomanómetro, fornendoscopio, coxímetro.

Líneas telefónicas, interna y externa, para la comunicación con el equipo y los pacientes que asisten al TDT.

Guía / protocolo / guión de las Sesiones y Seguimientos del Taller.

Documentación para el desarrollo del TDT. (Ver anexo)

- Difusión
- Captación del paciente
- Documentación del usuario para las Sesiones
- Documentación del coordinador/a para las Sesiones

Capítulo 6

EXPERIENCIA PRÁCTICA DE UN

TALLER DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA (TDT)

Introducción

Este capítulo está fundamentado, exclusivamente, en el protocolo del programa del Taller de Deshabituación Tabáquica, de la Unidad de Educación para la Salud de Medicina Preventiva, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (Documento interno de la Unidad). Nuestro modelo de TDT, está basado en modelos psicológicos y pedagógicos para afrontar el síndrome de abstinencia a la nicotina. Este modelo de Taller de Deshabituación Tabáquica no contempla tratamiento farmacológico (Bupropión, Vareniclina, Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), etc...)

Algunas intervenciones que mostramos a continuación, surgen para solventar las dificultades, derivadas de nuestras limitaciones, como es por ejemplo, “captar a la población”. Esto se debe a que Medicina Preventiva tiene más funciones de gestión, investigación y calidad, que puramente asistenciales.

Durante el desarrollo de las Sesiones vamos a hacer alusión a la Voluntad, la Auto-estima y la Autoeficacia. Para no llevarnos a errores, especificamos el significado que tienen estos conceptos en el contexto del TDT.

Voluntad

Capacidad para llevar a cabo acciones contrarias a nuestras tendencias inmediatas en un momento dado. Es fundamental para el ser humano. Sin ella, no somos capaces de hacer lo que realmente deseamos, tampoco podemos conseguir los objetivos que nos proponemos (3)

Autoeficacia

Creencia de que uno puede llevar a cabo adecuadamente una situación particular. El sentido de la eficacia de uno mismo influye en sus opiniones, motivación y funcionamiento de muchas maneras (4)

Autoestima

Sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. (5)

Planificación y actividades previas a las sesiones

Difusión del TDT

Mediante Carteles elaborados en nuestra Unidad (ver anexo), donde se da una breve información del TDT, un teléfono de contacto, y el día y hora de atención telefónica. Estos carteles son enviados por correo ordinario y/o e-mail a:

- Centros de salud.
- Colegios de secundaria, bachillerato y universitarios de la zona.
- Asociaciones: de vecinos; lúdicas, culturales; religiosas, etc.

Captación de pacientes

El paciente de tabaquismo ve el cartel y llama por teléfono.

- Si el paciente llama en **horario y fecha distinta a la detallada en el cartel**, se le informa ampliamente de la dinámica del TDT. Si está interesado en apuntarse, se le emplaza a volver a llamar en la fecha y horario especificado en el cartel (motivación) para efectuar el “Cuestionario Telefónico” y así quedar apuntado en el TDT.
- Si el paciente llama en el **horario y fecha detallada en el cartel**, se le informa ampliamente de la dinámica del TDT. Si está interesado en apuntarse, se le efectúa el “Cuestionario Telefónico” (ver anexo).

Tras efectuar el Cuestionario Telefónico se procede a valorar criterios de inclusión:

- Si la valoración es positiva se informa al paciente que se le avisará por teléfono, con una semana de antelación, para informarle del día, lugar y hora en que comenzará las Sesiones presenciales (Sesión 1ª)
- Si la valoración es negativa se informa al paciente que para poder efectuar este TDT tiene informar al facultativo que le asiste, sobre la dinámica del TDT para que:
 - Valore la conveniencia o no conveniencia de que el paciente haga el TDT.
 - Asuma el ajuste o prescripción de psicofármacos en caso de aumento de stress, ansiedad, depresión.
 - En caso de que el facultativo valore positivamente la asistencia del paciente al TDT, efectuará un informe donde constata que puede asistir al TDT, y que asume el ajuste y la prescripción de psicofármacos, en caso de que el paciente lo necesite.

Valorados los criterios de inclusión se recuerda al paciente que le llamaremos por teléfono, una semana antes del comienzo del TDT, para indicarle día, lugar y hora que tiene que

venir para comenzar las Sesiones presenciales (Sesión 1ª).

Posteriormente el Cuestionario Telefónico se numerará por riguroso orden de llamada telefónica. Este número corresponde al número de historia del TDT.

Todo paciente pendiente de valoración facultativa, también será avisado por teléfono una semana antes del comienzo del TDT, para que nos informe sobre el juicio del facultativo respecto a la asistencia al TDT. En caso de resultado afirmativo, se informa al paciente del día, lugar, y hora que tiene que venir con el informe, para comenzar las Sesiones presenciales (Sesión 1ª).

Responsable del TDT

- Informatizará todos los cuestionarios (por ejemplo en una base de datos de Access) con el número de historia correspondiente, según referimos arriba.
- Elaborará un calendario que contenga la fecha de las seis sesiones presenciales (ejemplo seis jueves consecutivos) y el mes y año para los seguimientos telefónicos programados.

Citación telefónica para la Sesión 1ª

Responsable del TDT

- Diez o doce días antes de iniciar la Sesión 1ª, sacará un **informe** de la base de datos, con la totalidad de los pacientes apuntados al TDT, datos de filiación e incidencias (pendiente de valoración psiquiátrica).
- Con este informe efectuará una **propuesta** de grupos (horarios) resultantes, y como distribuirlos entre los/las coordinadores/as de sesión.
- Llevará el informe y la propuesta a la reunión técnica, para su discusión.
- Una vez acordado por el equipo de trabajo y el Director/Directora del TDT, el número de grupos y su distribución entre los/las coordinadores/as, efectuará los listados pertinentes, también sacados de la base de datos, para la Citación telefónica. En los Anexos hay un ejemplo de modelo de informe sacado de la base de datos de Access.
- Acordará con los/las coordinadores/as de sesión el día para la Citación telefónica (generalmente ocho días antes de iniciar la Sesión 1ª).

Dinámica de la Citación telefónica

1. Identificarse como coordinador de sesiones del TDT.
2. Informa del día, hora, lugar donde se celebrará la Sesión 1ª.
3. Confirmar la asistencia a esta Sesión 1ª.

4. Informar que la Sesión 1ª del TDT es la única donde están juntos todos los participantes del TDT.
5. Ofertar los grupos (horarios) que hay para el resto de las sesiones, para que el paciente elija grupo (horario).
6. Complimentar el “Listado de participantes para citación telefónica del TDT “ anotando las incidencias que puedan surgir:
 - a. No localizado
 - b. Por su problema psiquiátrico el facultativo desaconseja realizar el TDT.
 - c. Otros
7. Aquellos pacientes psiquiátricos, que informen de la valoración positiva del facultativo respecto a la asistencia al TDT, se les recordará que para la Sesión 1ª tienen que traer el informe del especialista cumplimentado con los requisitos anteriormente descritos.
8. El orden de las llamadas se hará siguiendo rigurosamente el número de historia del TDT. (para respetar la prioridad en la elección de grupo).
9. Se considerará cerrado un grupo, cuando haya doce participantes potenciales que confirmen asistir a la Sesión 1ª.

Organización del Taller

Sesiones presenciales

Finalizadas las citaciones telefónicas los coordinadores de sesiones pasarán al responsable del TDT el listado debidamente cumplimentado.

Responsable del TDT

- Distribuirá los pacientes en los grupos (horarios elegidos).
- Computará los grupos resultantes.
- Distribuirá los grupos entre los “Coordinadores de Sesiones (incluido él/ella mismo/ misma).
- Efectuará los listados correspondientes para la identificación y filiación de los pacientes en la Sesión 1ª.
- Tomará nota de las incidencias.
- Tomará nota de los pacientes que tienen que traer informe médico para la Sesión 1ª.

Generalidades de las Sesiones presenciales

- La duración de cada Sesión oscila entre 60 y 90 minutos.

- El horario de los grupos se planteará en base a las necesidades de los participantes, y los recursos con que cuenta el equipo de trabajo.
- Los participantes se distribuyen en grupos, delimitados por distintos horarios.
- El número ideal de pacientes por grupo, no debe ser inferior a 10 ni superar los 12.
- Las sillas se dispondrán en círculo, para facilitar la comunicación y el intercambio de experiencias.
- La frecuencia de las Sesiones es de un día a la semana, intentando que el día sea siempre el mismo (por ejemplo los jueves).
- Un mismo Taller puede tener varios grupos.
- Un mismo coordinador de sesiones, coordinará como máximo dos grupos.
- El horario de los grupos se planteará con base en las necesidades de los participantes.
- Las sesiones serán desarrolladas por los coordinadores de sesiones.
- La intervención, contenido, dinámica o técnica, documentaciones escritas de cada Sesión del TDT, debe definirse de forma precisa en un guión o protocolo, para la uniformidad de actuación de los coordinadores de sesiones, y por tanto la uniformidad del TDT.

Seguimientos telefónicos: 3-6-12 meses de finalizar las Sesiones TDT

1. Se efectuará seguimiento telefónico, exclusivamente a los participantes que hayan asistido a más de tres sesiones presenciales.
2. Tras valorar la documentación entregada por los coordinadores de sesiones, el responsable del TDT valorará la asistencia a las sesiones del TDT.
3. Siguiendo el calendario del TDT, responsable del TDT efectuará un listado con los participantes que han asistido a más de tres sesiones (según documentación cumplimentada por los coordinadores de sesiones), para cada seguimiento (3-6-12 meses de finalizar las Sesiones presenciales), y los correspondientes cigarros que fuma.
4. Este listado será distribuido entre los coordinadores de sesiones.
5. Los coordinadores de Sesiones cumplimentarán los seguimientos, según el calendario del TDT.
6. En el seguimiento de los 12 meses el coordinador de Sesión dejará constancia en el listado del "Logro del Taller".

Sesión 1ª

Duración de la sesión: entre 60 a 90 minutos

Objetivo de la sesión: “Informar y concienciar”

Guión de la sesión

- 1.Recepción, identificación y filiación (pertenencia al grupo).
- 2.Entrega de documentación.
- 3.Mientras viene el Director-Directora del TDT Cumplimentar documentaciones (15 minutos)
 - Historia Personal.
 - Test “Tipo de fumador”
 - Test de Fagerström
 - Contrato Salud (esperar a que lo indique Director/ra del TDT)
4. Acto de bienvenida del Director-Directora del TDT:
 - Recepción y felicitación a los asistentes
 - Información pormenorizada de la dinámica del TDT
 - Presentación del equipo de trabajo
 - Lectura rigurosa del Contrato-Salud.
 - Esclarecer dudas sobre el Contrato-Salud
 - Animar a la firma del Contrato-Salud.
 - Informar que es requisito imprescindible para efectuar el TDT, firmar el Contrato-Salud.
 - Presentar la “Tarea” para la semana: el Autorregistro.
 - Explicar cómo se debe rellenar el Autorregistro
 - Resaltar el compromiso, seriedad y rigor de las sesiones, por parte de los coordinadores y de los pacientes que acepten
5. Repartir el Autorregistro entre los asistentes.
6. Distribuir a los asistentes en los grupos predeterminados
 - Identificar a cada grupo y a sus componentes.
 - Presentar los coordinadores /as de sesiones, nominando los grupos que van a coordinar.
 - Informar del lugar y horario donde se celebrarán el resto de las sesiones.
7. Cumplimentar, a demanda, justificantes de asistencia.

Tarea: Anotar en el Autorregistro cada cigarro fumado.

Observaciones de la Sesión 1ª

En la Sesión 1ª se reúne la totalidad de los participantes, para unificar la información; el resto de las sesiones se desarrolla en los horarios y grupos ya delimitados.

Una vez finalizada la Sesión, repartir las historias que le corresponden a cada coordinador/a de Sesión.

Autorregistro: documento donde apuntar cada cigarro fumado, reflejando cómo le sabe, y hora en que lo fuma. Necesitamos conocer precedentes y desencadenantes, es decir, bajo que situaciones o estados de ánimo está, cuando se fuma. El apuntar diariamente cada cigarro fumado, nos lleva al conocimiento situacional del hábito, y por tanto, a su modificación.

Contrato-Salud: documento, de carácter moral, por el que el participante acepta asumir el cumplimiento de las cláusulas, determinadas en el mismo.

Gráfico “Logro de las Sesiones”: un gráfico donde se registra la media de cigarros que el paciente fuma en las Sesiones presenciales. En la Sesión 6ª se le da al paciente, para que tenga constancia de su logro en las sesiones. Es un instrumento muy efectivo y pedagógico, porque el paciente ve reflejado en papel, su “esfuerzo”. A la hora de diseñar el gráfico, conviene que no se haga estándar, sino personalizado, para que la disminución progresiva del número de cigarros fumados se vea muy reflejada. Aconsejamos que a la hora de diseñar el gráfico, poner como máximo en el eje de escala de valores, el número de cigarros que fuma el paciente en la Sesión 1ª.

Documentaciones que necesitamos para la Sesión 1ª (Anexo)

Paciente

- Historia Personal.
- Contrato-Salud.
- Test de “Fagerström”.
- Test “Tipo de fumador”.
- Autorregistro (ver Anexo)

Responsable del TDT

Listado para identificar a los asistentes, el grupo (horario) a que pertenece, y si tiene que traer el informe médico (valoración problema psiquiátrico). Estos informes se sacan de la base de datos.

Coordinador/a de Sesión

- Hoja para corregir el Test “Tipo de fumador”

- Hoja de Resultados Test Tipo de Fumador y Fagerström
- Hoja del coordinador/a (ver Anexo)

Tarea del Coordinador/a de Sesión

- Asistir a la Sesión
- Colaborar en el correcto desarrollo de la Sesión
- Distribuir la documentación de la Sesión 1ª entre los asistentes.
- Ejecutar tareas no programadas delegadas por el responsable del TDT
- Atender las dificultades que los asistentes puedan tener para cumplimentar la documentación de la Sesión 1ª.
- Finalizada la Sesión 1ª revisar que la documentación esté correctamente cumplimentada. En caso de que esta documentación no esté debidamente cumplimentada, proceder en la siguiente sesión a su corrección.
- Corregir los Test efectuados.
- Pasar los resultados a la “Hoja de Resultados Test Tipo de Fumador y Fagerström”
- Cumplimentar la “Hoja del Coordinador”.
- Cumplimentar “Gráfico “Logro de las Sesiones””
- Pasar toda la documentación al Responsable del TDT, para que proceda a la informatización de datos.

Tarea del Responsable del TDT

- Asistir a la Sesión
- Recibir, identificar y constatar la pertenencia a grupo de cada asistente
- Supervisar el correcto desarrollo de la Sesión
- Solventar incidencias o problemas que puedan surgir a lo largo de la Sesión.
- En caso de no asistencia de la directora o director del programa, asumir el desarrollo de la sesión
- Distribuir la documentación de la Sesión 1ª entre los asistentes.
- Atender las dificultades que los asistentes puedan tener para cumplimentar la documentación de la Sesión 1ª.
- Mediar en el conflicto por pertenencia a grupo (horario), beneficiado el paciente que antes efectuó el cuestionario telefónico (número de historia del TDT más bajo).
- Recoger las documentaciones cumplimentadas por los coordinadores de sesiones para proceder a la informatización de datos y archivo de historias hasta la próxima Sesión.
- Repartir la documentación que cada coordinador de Sesión precisará para impartir la Sesión 2ª.

Sesión 2ª

Duración de la sesión: entre 60 a 90 minutos

Objetivo de la sesión: “Fumar la mitad de lo habitual”

Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión

1. Identificar, filiar y comprobar que los pacientes que van llegando, pertenecen al grupo.
2. Tomar TA, coximetría y pesar; anotar resultados en la Hoja del coordinador/a.
3. Consensuar el trato de cortesía: ¿Cómo vamos a hablarnos de tú o de usted?
4. Mediante una dinámica grupal, presentación de los asistentes
 - Distribuir por parejas a los participantes.
 - Favorecer el intercambio de información entre las parejas (2-3 minutos).
 - En caso de un número de asistentes impar, el coordinador se unirá al participante que queda aislado, y participará en la dinámica. En caso de número par el coordinador se presentará al inicio de la dinámica.
 - Pasado el tiempo establecido cada participante presentará a la pareja con la que ha dialogado.
5. Felicitar efusivamente por la decisión de dejar de fumar.
6. Informar sobre Tabaquismo:
 - Tabaquismo como enfermedad crónica
 - Otras patologías asociadas al consumo de tabaco.
 - Corrientes de aire en la combustión del cigarro.
 - Tabaquismo pasivo.
 - Identificar los síntomas de la enfermedad, es decir, el “Síndrome de Abstinencia a la Nicotina”.
 - Enfatizar el carácter de “temporal” del síndrome.
 - Maximizar los beneficios de dejar de fumar y minimizar “Síndrome de Abstinencia a la Nicotina”.
7. Recordar el Contrato-Salud.
8. Proponer al grupo que las tareas se inicien al día siguiente de la Sesión celebrada.
9. Recordar que en la 3ª Sesión, como reza el “Contrato-Salud”, se deja de fumar, por tanto se iniciará esta tarea al día siguiente de celebrar la Sesión 3ª.
10. Recoger los “Autorregistros”.
11. Repartir la documentación para el paciente, correspondiente a la Sesión 2ª:
 - Resultados Test Tipo de fumador y Fagerström.

- Lista de razones para dejar de fumar.
 - Consejos para disminuir de forma paulatina el número de cigarrillos.
 - Calendario salud.
12. Repartir y leer los Consejos específicos para la Sesión 2ª.
 13. Explicar individualmente los resultados de los Test., y dar los consejos más adecuados según el tipo de fumador resultante del test.
 14. Valorar el Autorregistro de cada participante, y calcular de una forma no rigurosa, la media de los cigarrillos fumados diariamente. La mitad de la cifra resultante, serán los cigarrillos diarios que puede fumar en la próxima semana.
 15. Otras Reforzar voluntad, autoestima, autoeficacia, del participante, para conseguir fumar el número cigarrillos diarios especificado por el coordinador/a de sesión.
 16. Dar Autorregistro individual.

Tarea: Fumar el número de cigarrillos que el coordinador le indica y anotar en el Autorregistro cada cigarrillo fumado.

Tareas varias:

- Finalizada la Sesión cumplimentar la “Hoja del Coordinador” y entregarla al Responsable del TDT para la informatizar los datos, y archivar hasta la próxima Sesión.
- Cumplimentar Gráfico “Logro de las Sesiones”

Documentaciones que se necesitan para la Sesión 2ª (Anexo)

Paciente

- Resultados Test Tipo de fumador y Fagerström
- Lista de razones para dejar de fumar
- Consejos para disminuir de forma paulatina el número de cigarrillos.
- Calendario salud (ver anexo)

Coordinador/a de Sesión

Hoja del coordinador/a (ver anexo)

Tarea del Responsable del TDT

- Recoger las documentaciones cumplimentadas por los coordinadores de sesiones para proceder a la informatización de datos y archivo de historias hasta la próxima Sesión.
- Preparar la documentación que cada coordinador de Sesión precisará para impartir la Sesión 3ª.

Sesión 3ª

Duración de la sesión: entre 60 a 90 minutos

Objetivo de la sesión: No fumar

Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión

1. Recepción y bienvenida de los asistentes.
2. Favorecer el diálogo en el grupo, mientras se incorporan los participantes.
3. Repartir Test Síntomas de abstinencia, y explicar cómo cumplimentarlo.
4. Rueda de experiencias: cada participante comenta su experiencia.
5. En la intervención individual recordar incidir en:
 - Ayudar al participante a expresar sus dudas, miedos y obstáculos para dejar de fumar.
 - Repartir la Documentación específica de la Sesión 3ª.
 - Revisar autorregistro y valorar si se ha conseguido el objetivo de la Sesión.
 - Potenciar la autoeficacia, autoestima y la voluntad.
 - Empatizar.
 - No fumar a partir del día siguiente de la Sesión 3ª.
 - Poner en práctica los consejos escritos de la Sesión 3ª.
 - Actualizar la lista de razones para dejar de fumar.
 - Recomendaciones y autocuidados (aumento de peso, dieta equilibrada, estreñimiento, insomnio o somnolencia etc.)
6. Comentar la documentación específica de la Sesión 3ª.
7. Facilitar el diálogo, el intercambio y la autoayuda en el grupo.
8. Aclarar dudas.
9. En la intervención grupal recordar incidir en:
 - Minimizar los posibles fracasos, frente a las experiencias que se van a adquirir, para nuevos intentos;
 - No permitir una infravaloración de la imagen personal por no conseguir dejar de fumar. El tabaquismo es una enfermedad con una sintomatología que hay que combatir;
 - Los beneficios de dejar de fumar, son superiores a la intensidad de los síntomas de abstinencia;
 - Los síntomas del tabaquismo son inversamente proporcionales al tiempo de abstinencia, es decir, cuanto más tiempo en abstinencia, menor intensidad de los síntomas;
 - Recordar cumplimentar el calendario-salud para el cálculo de la hucha antitabaco;
 - Potenciar autoestima, voluntad y autoeficacia;
 - Concienciar al fumador en el respeto de un entorno libre de humos;

- Favorecer la “risa”;
- Empatizar con el grupo.

10. Respiración Fisiológica:

- Con las manos en el abdomen. Inspirar por la nariz. Notar como el abdomen se expande para aumentar la capacidad de aire inspirada y espirar por la boca, efectuando una contracción del músculo abdominal, hasta obtener sensación de vaciado. Repetir tres veces;
- Poner las manos en el tórax e iniciar una inspiración, igual a la anterior, observando cómo se expanden abdomen y tórax, para aumentar la capacidad del aire inspirado. Retener el aire 5 segundos y espirar por la boca, efectuando una contracción toraco-abdominal, hasta obtener sensación de vaciado. Repetir tres veces;
- Poner las manos en la clavícula. Inspirar, siguiendo los pasos anteriores, culminando con una hiperextensión del cuello, apertura de boca, para efectuar un suspiro. Efectuar tres suspiros.

11. Relajación progresiva:

- Una vez efectuada la respiración fisiológica, hay que sentarse cómodamente y cerrar los ojos;
- Tensar cada músculo del cuerpo (cinco a siete segundos), para posteriormente relajar. Iniciar pies, pantorrillas, glúteos; etc.;
- El coordinador debe orquestar el proceso de tensión-relajación resaltando el estado de bienestar percibido, en el momento de efectuar la relajación muscular.

12. Relajación por evocación:

- Una vez relajados y con los ojos cerrados;
- Evocar recuerdos agradables (situación personas);
- Lugares donde nos gustaría estar, valorando y percibiendo colores, olores luces sensaciones...;
- Ejemplo: una luz se acerca y llega a nuestra frente, por donde penetra. Describir como el paso de la luz conlleva sensaciones de calidez, relax y bienestar.

Tarea: No Fumar y practicar la respiración fisiológica y la relajación progresiva.

Tareas varias:

- Contactar telefónicamente, con participantes que no han asistido;
- Contactar, entre S3 y S4 con aquellos pacientes que tienen mucha dificultad en la ejecución de la tarea, para animar y reforzar;
- Cumplimentar correctamente “Hoja del Coordinador” y pasar la documentación al Res-

- Responsable del TDT para que proceda a la informatización de la Sesión;
- Complimentar Gráfico “Logro de las Sesiones”.

Documentaciones que se necesitan para la Sesión 3ª (Anexo)

Paciente

- Test de valoración de “Síntomas de Abstinencia”.
- Consejos para dejar el tabaco de forma radical.
- Consejos el día que deja el tabaco.
- Consejos para los primeros días sin fumar.
- Consejos; “Si opta por seguir fumando/Si opta por dejar de fumar”.
- Dieta orientativa de 1500 calorías.

Coordinador/a de Sesión

Hoja del coordinador/a (ver anexo).

Tarea del Responsable del TDT

- Recoger las documentaciones cumplimentadas por los coordinadores de sesiones para proceder a la informatización de datos y archivo de historias hasta la próxima Sesión.
- Preparar la documentación que cada coordinador de Sesión precisará para impartir la Sesión 4ª.

Sesión 4ª

Duración de la sesión: entre 60 a 90 minutos

Objetivo de la sesión: “No fumar”

Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión

1. Recepción y coximetría a los asistentes
2. Favorecer el diálogo en el grupo, mientras se incorporan los participantes.
3. Repartir y cumplimentar Test Síntomas de abstinencia.
4. Identificar y festejar a los participantes que han conseguido dejar de fumar pacientes (ejemplo aplaudir)
5. Invitar a los participantes que no fuman a compartir su experiencia, para re-forzar y ayudar a los participantes que siguen fumando.
6. Recordar generalidades del Tabaquismo y su relación con otras patologías.
7. Rueda de experiencias: cada participante comenta su experiencia.
8. En la intervención individual recordar incidir en:
 - Ayudar al participante a expresar sus dudas, miedos y obstáculos para dejar de fumar;
 - Potenciar la autoeficacia, autoestima y la voluntad;
 - Empatizar;
 - Poner en práctica los consejos escritos que hemos dado en anteriores sesiones (recordar algunos);
 - Actualizar la lista de razones para dejar de fumar;
 - Cumplimentar el Calendario-Salud;
 - Recomendaciones y autocuidados (aumento de peso, dieta equilibrada, estreñimiento, insomnio o somnolencia etc.);
 - Ejercitar la respiración fisiológica, y la relajación.
9. En la intervención grupal recordar incidir en:
 - Minimizar los posibles fracasos, frente a las experiencias que se van a adquirir, para nuevos intentos;
 - No permitir una infravaloración de la imagen personal por no conseguir dejar de fumar. El tabaquismo es una enfermedad con una sintomatología que hay que combatir;
 - Los beneficios de dejar de fumar, son superiores a la intensidad de los síntomas de abstinencia;
 - Los síntomas del tabaquismo son inversamente proporcionales al tiempo de abstinencia, es decir, cuanto más tiempo en abstinencia, menor intensidad de los síntomas;
 - Recordar cumplimentar el calendario-salud para el cálculo de la hucha antitabaco;

- Potenciar autoestima, voluntad y autoeficacia;
- Concienciar al fumador en el respeto de un entorno libre de humos;
- Favorecer la “risa”;
- Empatizar con el grupo;
- Desmitificar miedos a dejar el tabaco;
- Comentar los sentimientos negativos más frecuentes en el grupo, dar alternativas.

10. Dramatización: Decir no al tabaco.

- El grupo entero asume un papel determinado que deberá defender y argumentar de forma coherente;
- El Coordinador de las Sesiones reparte los distintos papeles, adjudicándose uno para sí mismo;
- El tema puede ser variado, un debate televisivo o radiofónico a favor o en contra del tabaco; una reunión de trabajo. El Coordinador es el moderador de este debate;
- Se elige “Una reunión de trabajo”:
 - A cada participante se le da una tarjeta con el papel que debe representar, de manera que el papel más agresivo como no fumador, será dado al paciente que más dificultades tiene para dejar de fumar: De esta manera este paciente debe argumentar y defender los beneficios de la abstinencia al tabaco.
 - El coordinador debe provocar con su actuación, una confrontación entre fumadores; no fumadores y ex fumadores.
 - Cuando el debate esté en el punto más álgido, el Coordinador sacará un paquete de tabaco, y ofrecerá un cigarrillo a cada participante. Empezar por aquellos que han defendido la pos-tura de no fumar.

Tareas varias:

- Contactar telefónicamente, con participantes que no han asistido;
- Contactar, entre S4 y S5 con aquellos pacientes que tienen mucha dificultad en la ejecución de la tarea, para animar y reforzar;
- Cumplimentar correctamente “Hoja del Coordinador” y pasar la documentación al Responsable del TDT para que proceda a la informatización de la Sesión;
- Cumplimentar Gráfico “Logro de las Sesiones”.

Documentaciones que se necesitan para la Sesión 4ª (Anexo)

Paciente

Test de valoración de “Síntomas de Abstinencia”.

Coordinador/a de Sesión

Hoja del coordinador/a (ver anexo).

Tarea del Responsable del TDT

- Recoger las documentaciones cumplimentadas por los coordinadores de sesiones para proceder a la informatización de datos y archivo de historias hasta la próxima Sesión.
- Preparar la documentación que cada coordinador de Sesión precisará para impartir la Sesión 5ª.

Sesión 5ª

Duración de la sesión: entre 60 a 90 minutos

Objetivo de la sesión: “No fumar”

Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión

1. Recepción de los asistentes
2. Favorecer el diálogo en el grupo, mientras se incorporan los participantes.
3. Repartir y cumplimentar Test Síntomas de abstinencia.
4. Identificar y festejar a los participantes que han conseguido dejar de fumar pacientes (ejemplo aplaudir).
5. Invitar a los participantes que no fuman a compartir su experiencia, para reforzar y ayudar a los participantes que siguen fumando.
6. Recordar generalidades del Tabaquismo y su relación con otras patologías.
7. Rueda de experiencias: cada participante comenta su experiencia.
8. En la intervención individual recordar incidir en:
 - Ayudar al participante a expresar sus dudas, miedos y obstáculos para dejar de fumar;
 - Potenciar la autoeficacia, autoestima y la voluntad;
 - Empatizar;
 - Poner en práctica los consejos escritos que hemos dado en anteriores sesiones (recordar algunos);
 - Actualizar la lista de razones para dejar de fumar;
 - Cumplimentar el Calendario-Salud;
 - Recomendaciones y autocuidados sobre dieta equilibrada, estreñimiento, ejercicio físico, insomnio, etc.;
 - Ejercitar la respiración fisiológica, y la relajación.
9. En la intervención grupal recordar incidir en:
 - Minimizar los posibles fracasos, frente a las experiencias que se van a adquirir, para nuevos intentos;
 - No permitir una infravaloración de la imagen personal por no conseguir dejar de fumar. El tabaquismo es una enfermedad con una sintomatología que hay que combatir;
 - Los beneficios de dejar de fumar, son superiores a la intensidad de los síntomas de abstinencia;
 - Los síntomas del tabaquismo son inversamente proporcionales al tiempo de abstinencia, es decir, cuanto más tiempo en abstinencia, menor intensidad de los síntomas;
 - Recordar cumplimentar el calendario-salud para el cálculo de la hucha antitabaco;

- Potenciar autoestima, voluntad y autoeficacia;
 - Concienciar al fumador en el respeto de un entorno libre de humos;
 - Favorecer la “risa”;
 - Empatizar con el grupo;
 - Desmitificar miedos a dejar el tabaco;
 - Comentar los sentimientos negativos más frecuentes en el grupo, dar alternativas.
10. Relajación - (Igual que en Sesión 3).

Tareas varias:

- Contactar telefónicamente, con participantes que no han asistido;
- Contactar, entre S5 y S6 con aquellos pacientes que tienen mucha dificultad en la ejecución de la tarea, para animar y reforzar;
- Cumplimentar correctamente “Hoja del Coordinador” y pasar la documentación al Responsable del TDT para que proceda a la informatización de la Sesión;
- Cumplimentar Gráfico “Logro de las Sesiones”.

Documentaciones que se necesitan para la Sesión 5ª (Anexo)

Paciente

Test de valoración de “Síntomas de Abstinencia”

Coordinador/a de Sesión

Hoja del coordinador/a (ver anexo)

Tarea del Responsable del TDT

- Recoger las documentaciones cumplimentadas por los coordinadores de sesiones para proceder a la informatización de datos y archivo de historias hasta la próxima Sesión.
- Preparar la documentación que cada coordinador de Sesión precisará para impartir la Sesión 6ª.

Sesión 6ª

Duración de la sesión: entre 60 a 90 minutos

Objetivo de la sesión: No fumar

Guión de la Sesión: Tarea del Coordinador/a de Sesión

1. Recepción de los asistentes
2. Tomar TA, coximetría y pesar; anotar resultados en la Hoja del coordinador/a
3. Repartir y cumplimentar Test Síntomas de abstinencia, y Test de Evaluación de las Sesiones
4. Identificar y festejar a los participantes que han conseguido dejar de fumar pacientes (ejemplo aplaudir)
5. Invitar a los participantes que no fuman a compartir su experiencia, para reforzar y ayudar a los participantes que siguen fumando.
6. Rueda de experiencias: cada participante comenta su experiencia
7. En la intervención individual recordar incidir en:
 - Ayudar al participante a expresar sus dudas, miedos y obstáculos para dejar de fumar;
 - Potenciar la autoeficacia, autoestima y la voluntad;
 - Empatizar;
 - Poner en práctica los consejos escritos que hemos dado en anteriores sesiones (recordar algunos);
 - Repartir la Documentación específica de la Sesión 6ª;
 - Actualizar la lista de razones para dejar de fumar;
 - Cumplimentar el Calendario-Salud;
 - Recomendaciones y autocuidados sobre dieta equilibrada, estreñimiento, ejercicio físico, insomnio etc.;
 - ¿Cuánto dinero ha ahorrado?, y, ¿qué autorregulo se hará?
 - Cumplimentar, repartir y comentar el Gráfico del “logro de las Sesiones”;
 - Ejercitar la respiración fisiológica, y la relajación.
8. En la intervención grupal recordar incidir en:
 - Minimizar los posibles fracasos, frente a las experiencias que se van a adquirir, para nuevos intentos;
 - No permitir una infravaloración de la imagen personal por no conseguir dejar de fumar. El tabaquismo es una enfermedad con una sintomatología que hay que combatir;
 - Los beneficios de dejar de fumar, son superiores a la intensidad de los síntomas de abstinencia;

- Los síntomas del tabaquismo son inversamente proporcionales al tiempo de abstinencia, es decir, cuanto más tiempo en abstinencia, menor intensidad de los síntomas;
- Recordar cumplimentar el calendario-salud para el cálculo de la hucha antitabaco;
- Potenciar autoestima, voluntad y autoeficacia;
- Concienciar al fumador en el respeto de un entorno libre de humos;
- Favorecer la “risa”;
- Empatizar con el grupo;
- Desmitificar miedos a dejar el tabaco;
- Comentar los sentimientos negativos más frecuentes en el grupo, dar alternativas;
- Hablar de las recaídas;
- Recordar Seguimientos telefónicos programados, tras finalizar las Sesiones (3, 6 y 12 meses).

9. Agradecimientos y despedida

Tareas varias

- Contactar telefónicamente, con participantes que tienen mucha dificultad en la ejecución de la tarea. Reforzar su autoestima y voluntad Riesgo de abandono
- Cumplimentar correctamente “Hoja del Coordinador” con la valoración de si es para seguimiento telefónico o no, según número de sesiones asistida.
- Cumplimentar y entregar Gráfico “Logro de las Sesiones”
- Pasar la documentación de la Sesión al Responsable del TDT para que proceda a la informatización de la Sesión.

Documentaciones que se necesitan para la Sesión 6 (Anexo)

Paciente

- Test de valoración de “Síntomas de Abstinencia”
- Test de Evaluación de las Sesiones
- Consejos específicos para recaídas.
- Gráfico logro de las Sesiones

Coordinador/a de Sesión

Hoja del coordinador/a (ver anexo)

Tarea del Responsable del TDT

- Recoger las documentaciones cumplimentadas por los coordinadores de sesiones.
- Valorar asistencia a las Sesiones

- Seleccionar los pacientes que continúan en el TDT (aquellos que asisten a más de tres sesiones)
- Informatizar datos y archivar historias.
- Preparar calendario y listado de pacientes, para el seguimiento telefónico programado, (3-6 y 12 meses).
- Diseñar en Access un listado de pacientes para seguimientos telefónicos, ordenado según grupo; coordinador/a de sesión y fecha del seguimiento telefónico.

Seguimientos Telefónicos Programados

Seguimiento a 1 - 3 meses de finalizar la Sesiones Presenciales

Tarea del Responsable del TDT:

- Sacar el listado de pacientes que hay que llamar, organizado por: grupo, coordinador/a de sesión, y fecha del seguimiento telefónico de los 3 meses.
- Entregar al coordinador/a que desarrolló las sesiones, el listado para que proceda a ejecutar el seguimiento telefónico.
- Después de que el Coordinador/a de Sesión entregue el listado debidamente cumplimentado Informatizar datos.
- Actualizar y archivar historia del TDT

Tarea del Coordinador/a de Sesiones:

- Llamar por teléfono a los pacientes que constan en el listado entregado por el Responsable del TDT.
- Anotar el número de cigarros fumado.
- En caso de no fumar, festejar, y felicitar por su situación de ex fumador, y animar a continuar sin fumar.
- En caso de fumar, motivar, reforzar y animar a dejar el Tabaco. Instar a poner en práctica todo lo aprendido en las Sesiones presenciales.
- Emplazar hasta dentro de 6 meses.
- Cumplimentar en el listado los cigarros fumados.
- En incidencias dar como “no localizado”, cuando tras tres llamadas de teléfono, en días y horarios diferentes, no se ha contactado con el paciente.
- Entregar al Responsable del TDT el listado debidamente cumplimentado.

Seguimiento a 2 - 6 meses de finalizar la Sesiones Presenciales

Tarea del Responsable del TDT:

- Sacar el listado de pacientes que hay que llamar, organizado por: grupo, coordinador/a de sesión, y fecha del seguimiento telefónico de los 6 meses.
- Entregar al coordinador/a que desarrolló las sesiones, el listado para que proceda a ejecutar el seguimiento telefónico.
- Después de que el Coordinador/a de Sesión entregue el listado debidamente cumplimentado Informatizar datos.
- Actualizar y archivar historia del TDT.

Tarea del Coordinador/a de Sesiones

- Llamar por teléfono a los pacientes que constan en el listado entregado por el Responsable del TDT.
- Anotar el número de cigarros fumado.
- En caso de no fumar, festejar, y felicitar por su situación de ex fumador, y animar a continuar sin fumar.
- En caso de fumar, motivar, reforzar y animar a dejar el Tabaco. Instar a poner en práctica todo lo aprendido en las Sesiones presenciales.
- Emplazar hasta dentro de 6 meses.
- Cumplimentar en el listado los cigarros fumados.
- En incidencias dar como “no localizado”, cuando tras tres llamadas de teléfono, en días y horarios diferentes, no se ha contactado con el paciente.
- Entregar al Responsable del TDT el listado debidamente cumplimentado.

Seguimiento a 3 - 12 meses de finalizar la Sesiones Presenciales

Final del TDT

Tarea del Responsable del TDT:

- Sacar el listado de pacientes que hay que llamar, organizado por: grupo, coordinador/a de sesión, y fecha del seguimiento telefónico de los 3 meses.
- Entregar al coordinador/a que desarrolló las sesiones, el listado para que proceda a ejecutar el seguimiento telefónico.
- Después de que el Coordinador/a de Sesión entregue el listado debidamente cumplimentado Informatizar datos.
- Actualizar y archivar historia del TDT.
- Sacar los informes anuales requeridos por el director/a del TDT.

Tarea del Coordinador/a de Sesiones:

- Llamar por teléfono a los pacientes que constan en el listado entregado por el Responsable del TDT.
- Anotar el número de cigarros fumado.
- En caso de no fumar, festejar, y felicitar por su situación de ex fumador, y animar a continuar sin fumar.
- En caso de fumar, motivar, reforzar y animar a dejar el Tabaco. Instar a poner en práctica todo lo aprendido en las Sesiones presenciales. Informar que puede volver a apuntarse al TDT.
- Cumplimentar en el listado los cigarros fumados.

- Valorar. el Logro del TDT (No fuma; fuma menos, fuma más fuma igual...)
- En incidencias dar como “no localizado”, cuando tras tres llamadas de teléfono, en días y horarios diferentes, no se ha contactado con el paciente.
- Entregar al Responsable del TDT el listado debidamente cumplimentado.

Capítulo 7

VALORACIÓN ESTADÍSTICA DE UN TALLER

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el éxito del “Taller de Deshabituación Tabáquica” en el abandono del consumo de tabaco.

Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico y el nivel de salud de los sujetos que asisten al Taller de Deshabituación Tabáquica.
- Cuantificar el consumo de tabaco por parte de los participantes antes y después del taller, y describir el tipo de fumadores que son.
- Establecer un marco comparativo de cara al desarrollo de posteriores talleres.

Material y Métodos

Diseño del estudio

Estudio observacional de diseño longitudinal.

Población de estudio

Participantes en el Taller de Deshabituación Tabáquica organizado por el Hospital Clínico San Carlos de Madrid a lo largo de sus distintas ediciones. Los participantes eran sujetos mayores de edad con deseo de dejar de fumar, tanto trabajadores del hospital como población general.

Periodo de estudio

Desde 1994 hasta 2007.

Los datos de los talleres realizados en el año 1996 formaron parte de una tesis doctoral y no nos fueron facilitados; para el resto de los años en que se realizaron los talleres (entre 1994 y 2007) sí se dispuso de los datos.

Datos

Las variables a estudio se obtuvieron a partir de los distintos cuestionarios que se les pasó a los participantes de las diferentes ediciones del Taller de Deshabituación del Tabaco, y a través de entrevistas telefónicas realizadas a los 3, 6 y 12 meses tras la finalización de las sesiones en aquellos participantes que han asistido a más de tres sesiones. En el transcurso de las distintas ediciones del programa que se han realizado, se ha conseguido información de 996 sujetos que han participado en ellas.

En todo momento se ha mantenido el carácter anónimo de los datos obtenidos, en base a lo estipulado por las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/1999).

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables a estudio. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen con su media, desviación estándar (DE) o con la mediana y el rango intercuartílico (RIQ: P25-P75) en caso de que no se ajusten a una distribución normal.

Para la comparación de variables cuantitativas se ha utilizado el test de Wilcoxon, que evalúa diferencias entre las medianas, dado que las variables comparadas no se ajustaban a una distribución normal. Se ha aceptado un valor de significación del 5% ($p < 0,05$).

En principio se generó una base de datos con el programa Microsoft Access, posteriormente se utilizaron tanto el programa Microsoft Excel como el paquete estadístico SPSS 15.0 para el procesamiento y análisis de dichos datos.

Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos en los Talleres de Deshabituación Tabáquica realizados en el Hospital Clínico San Carlos a lo largo de 13 años. La muestra de estudio está formada por 996 participantes. Algunas de las variables analizadas tenían valores perdidos.

Características sociodemográficas

Nuestra muestra está formada por un 39,1 % de hombres y un 60,9% de mujeres. Su distribución año a año se muestra a continuación (Ver Gráfico 1).

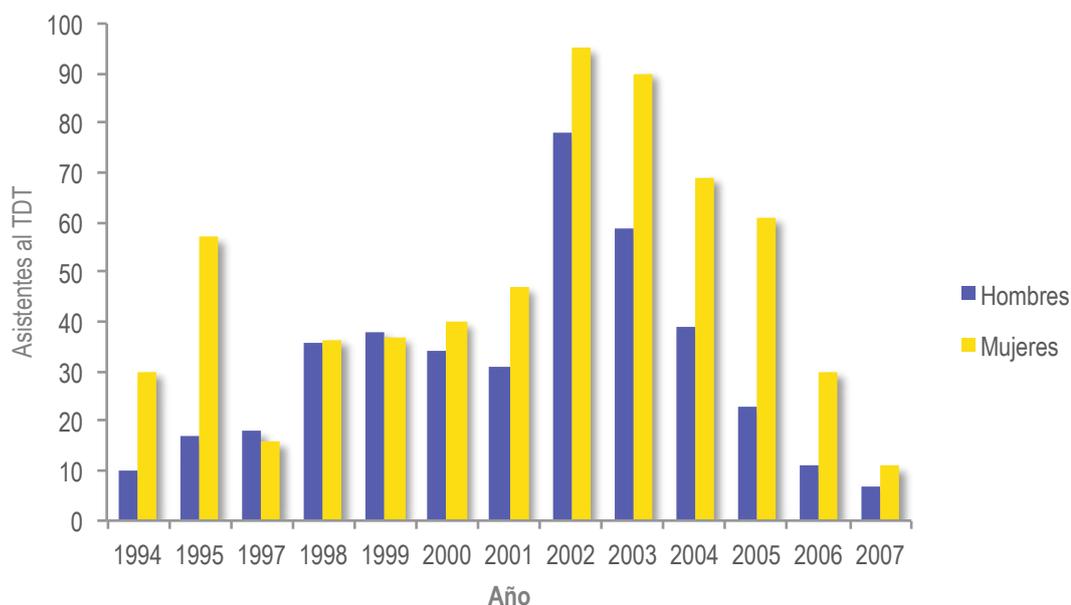


Gráfico 1. Frecuencia de asistentes al TDT agrupada por sexo.

La edad media de los asistentes al Taller de Deshabituación Tabáquica es de 45,04 años (desviación estándar: 12,2). La mediana de la edad en que iniciaron a fumar es de 16 años (rango intercuartílico: 14-18).

El estado civil de los participantes en los TDT se resume en la siguiente tabla (Ver Tabla 1).

	N	frec.	%
Soltero	996	275	27,6
Casado o vive con su pareja	996	500	50,2
Separado o divorciado	996	101	10,1
Viudo	996	27	2,7
Desconocido	996	93	9,3

Tabla 1. Tabla de frecuencia del estado civil de los asistentes al TDT.

En cuanto al nivel de estudios de los participantes, el 15,6% de la muestra tenía completados los estudios primarios, el 37,4% estudios secundarios, el 14,7% diplomaturas, el 23,7% licenciaturas, el 0,7% doctorados y el 7,9% desconocido. (Ver Gráfico 2).

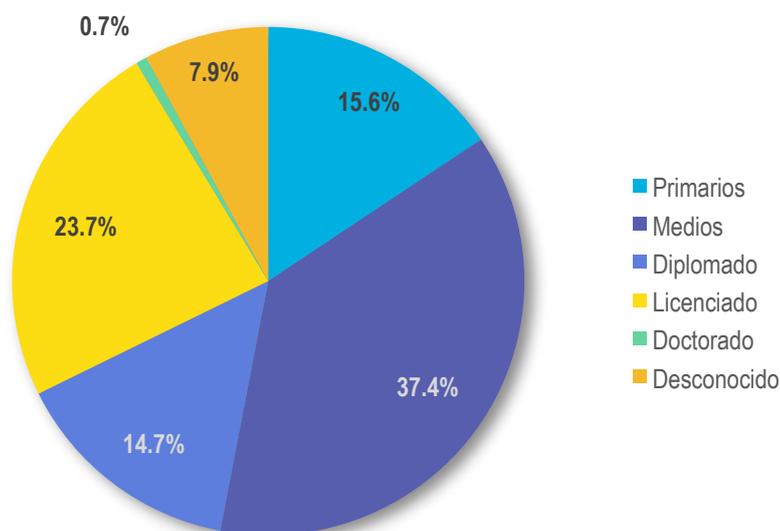


Gráfico 2. Nivel de estudios de los asistentes al TDT.

Perfil de los asistentes

Con respecto al consumo de tabaco de nuestra muestra se ha observado que la mediana del número de cigarrillos que fumaban antes de comenzar el taller es de 20 (rango intercuartílico: 20-30).

El resumen de las respuestas de los participantes a las preguntas del cuestionario

relacionadas con la necesidad y la dificultad para dejar de fumar se muestra en los siguientes gráficos. Las respuestas posibles van del 1 (ninguna) al 5 (muchísima). Casi la mitad de la muestra (49,7%) refiere una necesidad personal altísima (grado 5) de dejar de fumar (Ver Gráfico 3). El 67,1% de la muestra refiere una dificultad para dejar de fumar de grado 5 (Ver Gráfico 4).

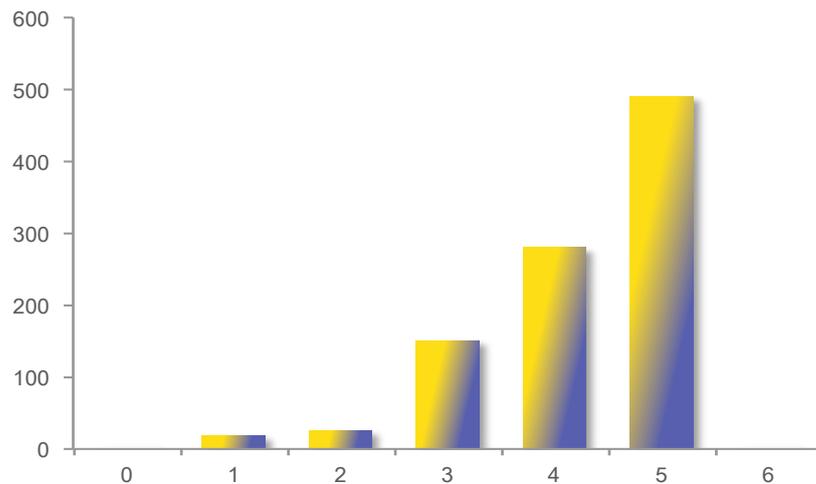


Gráfico 3. Frecuencia de asistentes al TDT agrupada por “Necesidad de dejar de fumar” expresada en el cuestionario.

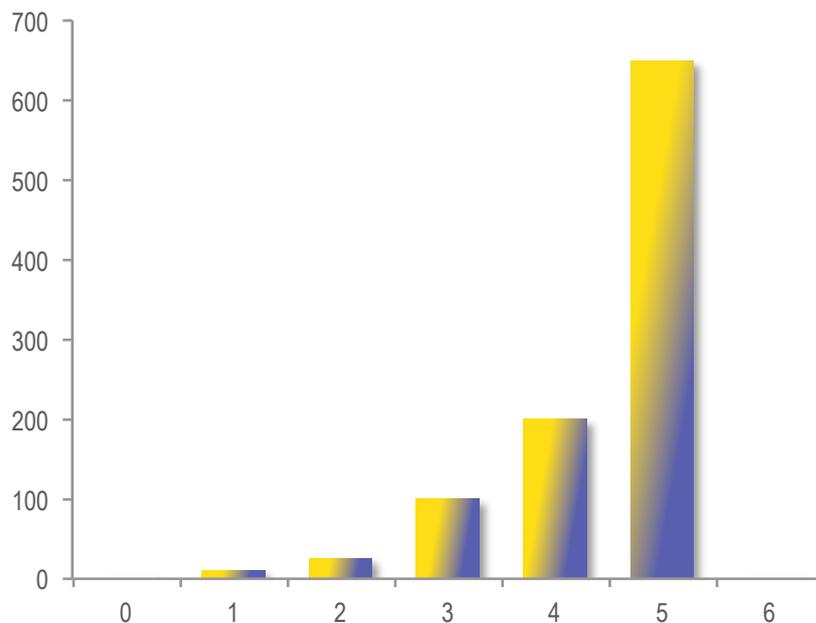


Gráfico 4. Frecuencia de asistentes al TDT agrupada por “Dificultad para dejar de fumar” expresada en el cuestionario.

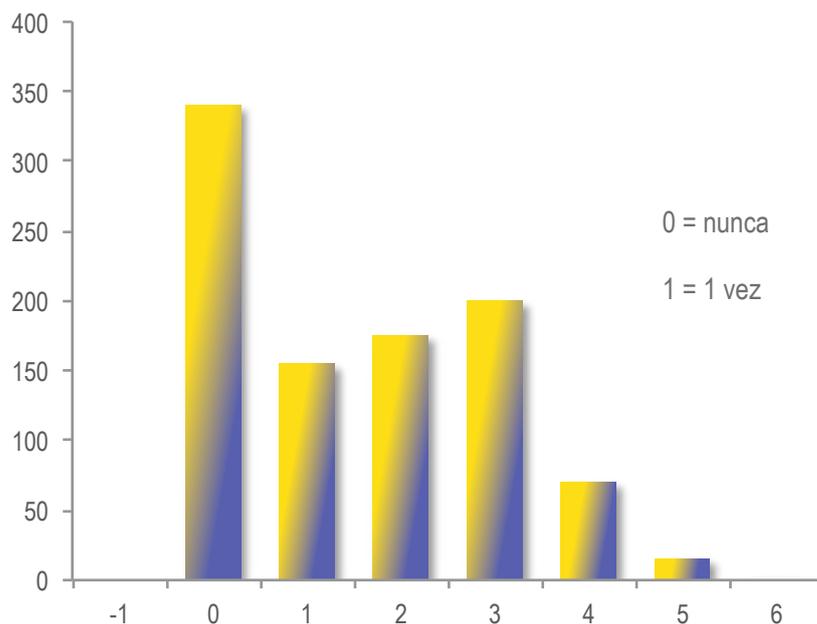


Gráfico 5. Frecuencia de asistentes al TDT agrupada por “veces que ha intentado dejar de fumar” expresada en el cuestionario.

En el gráfico anterior (Ver Gráfico 5) observamos la frecuencia de participantes en los talleres de deshabituación tabáquica que han intentado dejar de fumar, agrupados en 5 categorías, en función del número de intentos de abandono del hábito tabáquico. Los porcentajes correspondientes a estas frecuencias de muestran en la siguiente tabla (Ver Tabla 2). La mediana de la distribución es 1 intento RIQ (1-3).0

	N	frec.	%
Nunca	970	344	35,5
1 vez	970	163	16,8
2 veces	970	178	18,4
Entre 3 y 5 veces	970	208	21,4
Entre 6 y 10 veces	970	66	6,8
Más de 10 veces	970	11	1,1

Tabla 2. Intentos de abandono del hábito tabáquico previos al TDT.

La mayor parte de los asistentes a los talleres (55,8%) no habían utilizado ningún método para dejar de fumar en los 6 meses anteriores al TDT. El método más frecuente-

mente usado para abandonar el hábito tabáquico es la voluntad personal, un 32,1% de los participantes confirmaron haberla usado. El resto de métodos presentan una frecuencia y porcentaje bastantes pequeños (Ver Tabla 3).

	N	NO		Sí	
		frec.	%	frec.	%
Ninguno	992	438	44,2	554	55,8
Voluntad	992	674	67,9	318	32,1
Parches nicotina	992	941	94,9	51	5,1
Chicles nicotina	992	922	92,9	70	7,1
Medicación	992	967	97,5	25	2,5
Hipnosis	992	985	99,3	7	0,7
Acupuntura	992	958	96,6	34	3,4
Homeopatía	992	980	98,8	12	1,2
Naturopatía	992	980	98,8	12	1,2
Otro	992	964	97,2	28	2,8

Tabla 3. Métodos utilizados para dejar de fumar en los últimos 6 meses.

Se preguntó a los participantes en el taller acerca de su motivo para dejar de fumar. En la siguiente tabla se muestran las frecuencias y porcentajes correspondientes a las diferentes razones que han motivado a los participantes a abandonar el tabaco (Ver Tabla 4). Como podemos observar, la razón principal por la que los asistentes al taller deciden dejar de fumar es porque el tabaco provoca riesgos para su salud, un 67,8% de los pacientes apuntaron este motivo.

	N	NO		Sí	
		frec.	%	frec.	%
Consejo médico	990	746	75,4	244	24,6
Molestias	983	712	72,4	271	27,6
Riesgos para su salud	987	318	32,2	669	67,8
Disminución rendimiento personal	992	891	90,1	98	9,9

Tabla 4. Motivos para abandonar el tabaco.

	N	NO		Sí	
		frec.	%	frec.	%
Familia	990	737	74,4	253	25,6
Amigos	986	896	90,9	90	9,1
Compañeros de trabajo	989	934	94,4	55	5,6
Taller	988	396	40,1	592	59,9
Mi voluntad	989	671	67,8	318	32,2
Otro	995	994	99,8	1	0,1

Tabla 5. ¿De quién cree que va a tener más ayuda para dejar el tabaco?

La tabla anterior muestra los resultados obtenidos en respuesta a la pregunta “¿De quién cree que va a tener más ayuda para dejar el tabaco?”. Un 25,6% de los encuestados confía en su familia como apoyo para abandonar el tabaco, un 9,1% confía en sus amigos, un 5,6% confía en sus compañeros de trabajo, un 59,9% confía en el Taller de Deshabituación Tabáquica, un 32,2% confía en su propia voluntad, y por último, un único participante apuntó otra ayuda con la que contaba para dejar de fumar, que fue un libro de autoayuda. Observamos que el porcentaje más alto corresponde al Taller de Deshabituación Tabáquica.

	N	NO		Sí	
		frec.	%	frec.	%
Corazón	886	856	96,6	30	3,4
Pulmón	886	822	92,8	64	7,2

Tabla 6. Enfermedad grave de corazón o pulmón en los 3 meses anteriores al TDT.

Observamos que 30 participantes (3,4% de la muestra) padecieron alguna enfermedad cardíaca, y 64 participantes (7,2% de la muestra) padecieron alguna enfermedad pulmonar en los tres meses anteriores al comienzo del Taller (Ver Tabla 6). A continuación se muestra la distribución de las distintas patologías (cardíacas y pulmonares) que han referido los pacientes (Ver Gráficos 6 y 7).

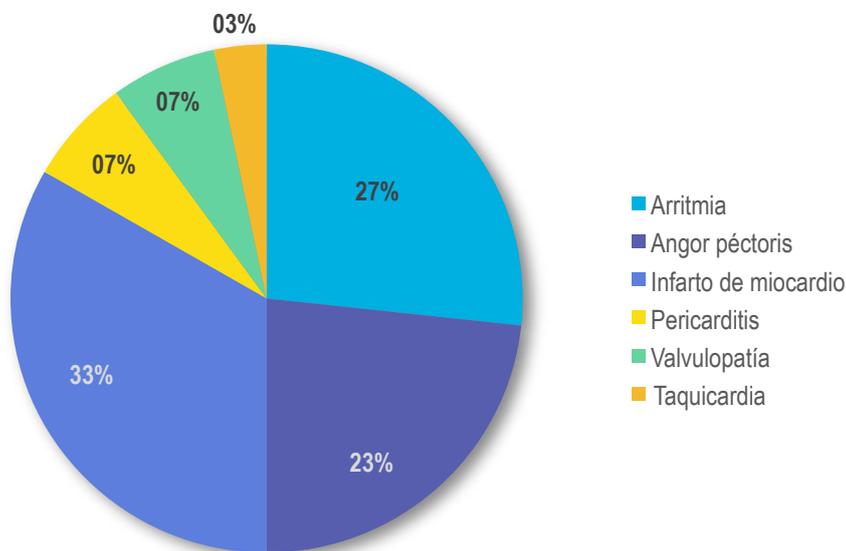


Gráfico 5. Patologías cardíacas referidas por los pacientes, padecidas 3 meses antes del TDT.

De los 30 pacientes que refirieron alguna enfermedad cardíaca padecida en los tres meses anteriores al comienzo del Taller, el 26,7% refirió arritmia, el 23,3% angor pectoris, el 33,3% infarto de miocardio, el 6,7% pericarditis, otro 6,7% valvulopatía y el 3,3% taquicardia.

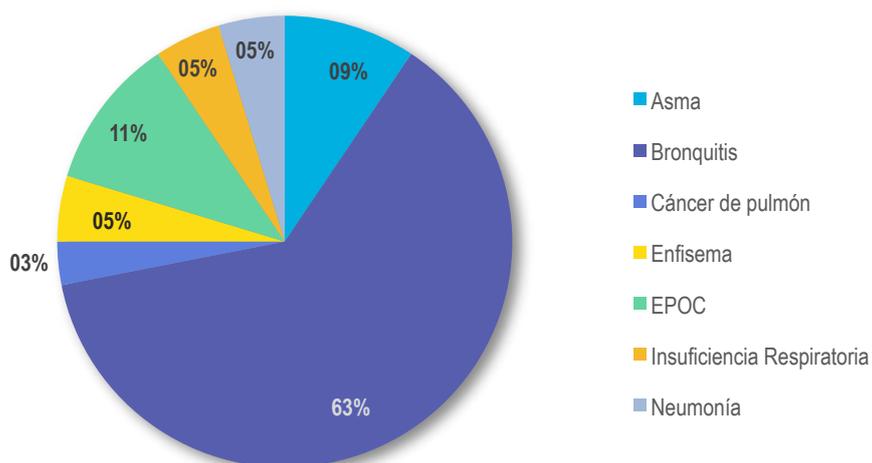


Gráfico 6. Patologías pulmonares referidas por los pacientes, padecidas 3 meses antes del TDT.

De los 64 pacientes que refirieron haber padecido alguna enfermedad pulmonar en los tres meses anteriores al comienzo del TDT, el 9,4% refirió asma, el 62,5% bronquitis, el 3,1% cáncer de pulmón, el 4,7% enfisema, el 10,9% EPOC, el 4,7% insuficiencia respiratoria y otro 4,7% neumonía.

En cuanto al estado de salud general de los participantes, se les preguntó por las enfermedades que padecían en ese momento. A continuación se muestra una tabla donde aparecen distintas enfermedades y su frecuencia de distribución entre los participantes en el taller (Ver Tabla 7).

	N	NO		Sí	
		frec.	%	frec.	%
Stress	886	743	83,9	143	16,1
Ansiedad	886	703	79,3	183	20,7
Depresión	886	741	83,6	145	16,4
Hipertensión arterial	886	747	84,3	139	15,7
Hipercolesterolemia	886	882	99,5	4	0,5
Úlcus	886	885	99,9	1	0,1
Enf. cardiovascular	886	885	99,9	1	0,1
Enf. dermatológica	871	871	100	0	0
Enf. orogárica	871	871	100	0	0
Otras enfermedades	759	674	88,8	85	11,2

Tabla 7. Frecuencia de diferentes enfermedades entre los participantes.

La enfermedad más frecuente entre los asistentes al Taller de Deshabituación Tabáquica es la ansiedad, un 20,7% de los encuestados sufrían ansiedad. Le sigue por orden de frecuencia la depresión (el 16,4% la padecía), el stress (16,1%) y la hipertensión arterial (15,7%). Los porcentajes de pacientes con hipercolesterolemia, úlcus (úlceras de estómago, úlcera esofágica) y enfermedad cardiovascular son muy pequeños. Ningún paciente refirió enfermedades de tipo dermatológico ni enfermedades orofaríngeas. Por último, un 11,2% de los encuestados refirió otras enfermedades, entre las cuales, destacan las enfermedades de tipo psiquiátrico (como neurosis, trastornos bipolares, trastornos de conducta o psicosis paranoica), distintos tipos de cáncer (de mama, de colon, de pulmón, linfomas, etc.), enfermedades reumatológicas (artrosis, artritis, osteoporosis, etc.), cefaleas y migrañas, alergias, etc.

Con respecto a las preguntas sobre embarazo y lactancia, 522 mujeres de las 607 que participaron en los talleres en sus distintas ediciones, respondieron a estas preguntas. De esas 522 mujeres que respondieron, 6 estaban embarazadas y una estaba en período de lactancia.

Asistencia al taller de deshabituación tabáquica en sus distintas ediciones

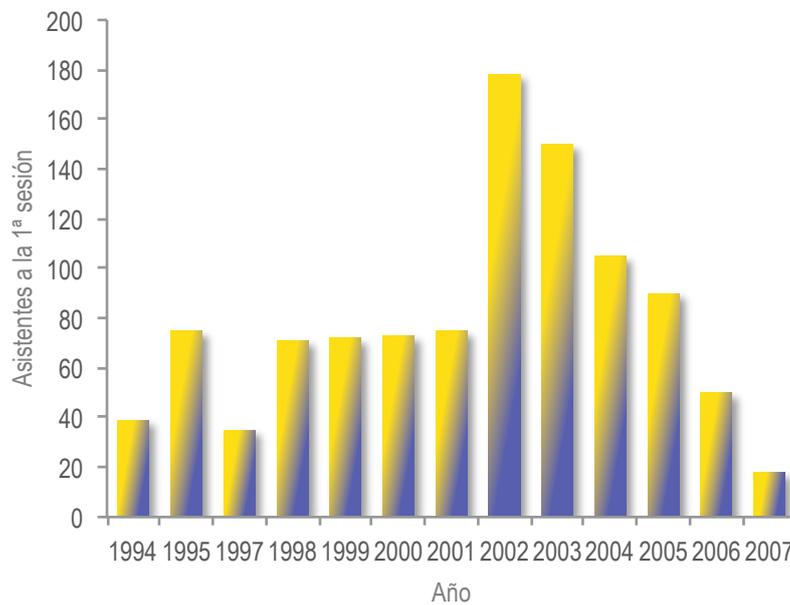


Gráfico 7. Frecuencia de asistentes a la primera sesión del TDT.

Como podemos observar en el gráfico anterior, el primer año que se desarrolló el Taller de Deshabituación Tabáquica (año 1994) tuvo una afluencia de 38 pacientes. Esta cifra de participantes prácticamente se dobla en los años siguientes, hasta el año 2001, con una excepción: los talleres del año 1997, donde participaron 33 sujetos. El año 2002 hubo un “boom” en la asistencia a los TDT, que progresivamente fue disminuyendo año a año. (Ver Gráfico 7).

Las cifras concretas de los asistentes a los talleres fueron: para el año 1994: 38 sujetos, para el año 1995: 72 sujetos, para el año 1997: 33 sujetos, para el año 1998: 65 sujetos, para el año 1999: 69 sujetos, para el año 2000: 70 sujetos, para el año 2001: 73 sujetos, para el año 2002: 174 sujetos, para el año 2003: 148 sujetos, para el año 2004: 104 sujetos, para el año 2005: 85 sujetos, para el año 2006: 47 sujetos y para el año 2007: 18 sujetos.

A continuación se muestran los gráficos de asistencia a las distintas sesiones del Taller de Deshabituación Tabáquica, agrupados por años (Ver Gráficos 8-12).

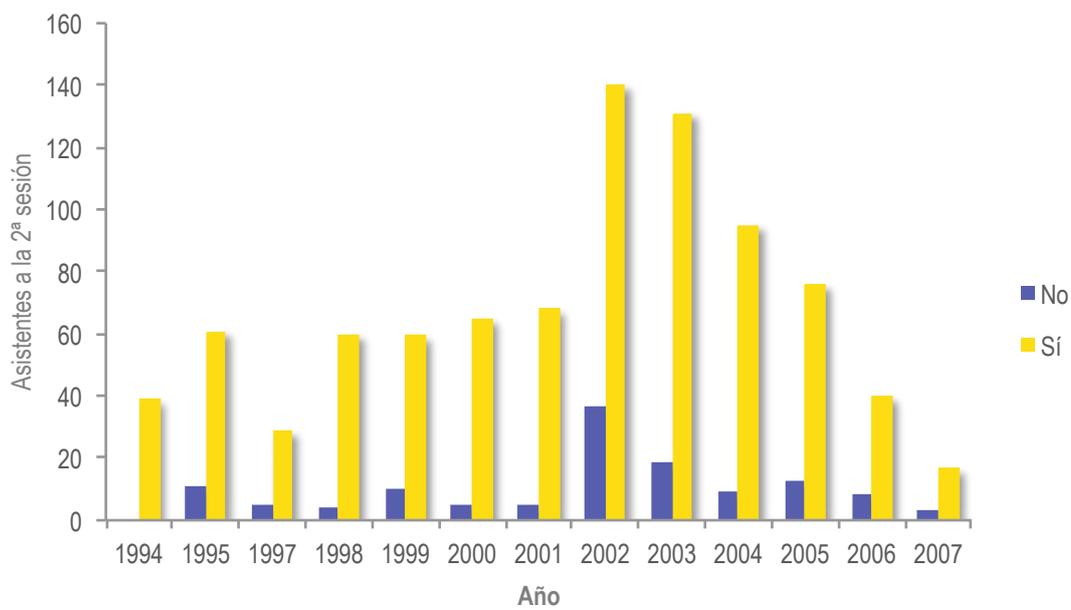


Gráfico 8. Frecuencia de asistentes a la segunda sesión del TDT (entre los asistentes a la primera sesión).

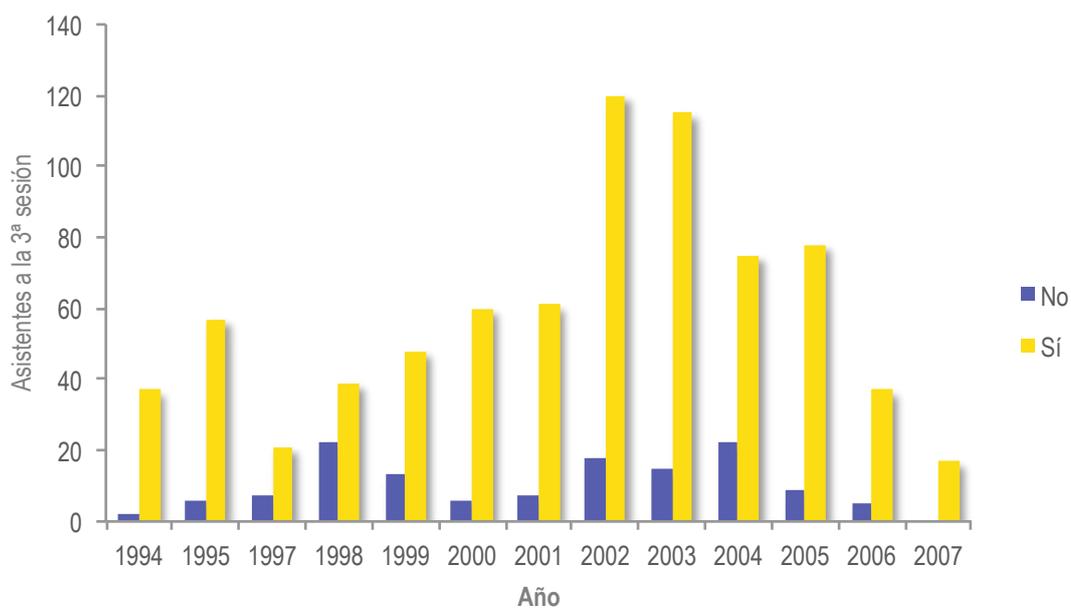


Gráfico 9. Frecuencia de asistentes a la tercera sesión del TDT (entre los asistentes a la segunda sesión).

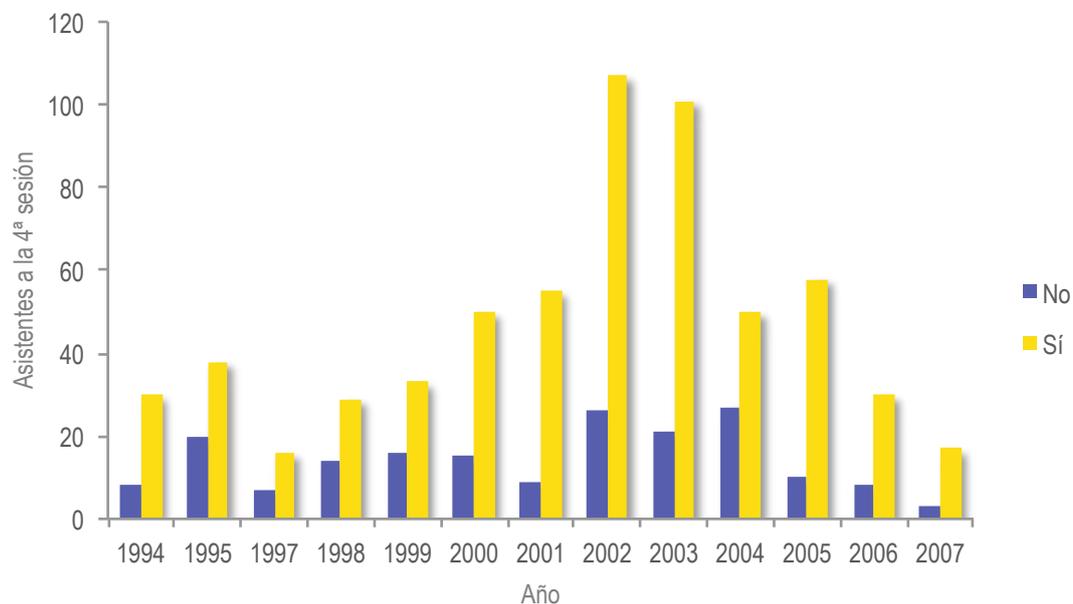


Gráfico 10. Frecuencia de asistentes a la cuarta sesión del TDT (entre los asistentes a la tercera sesión).

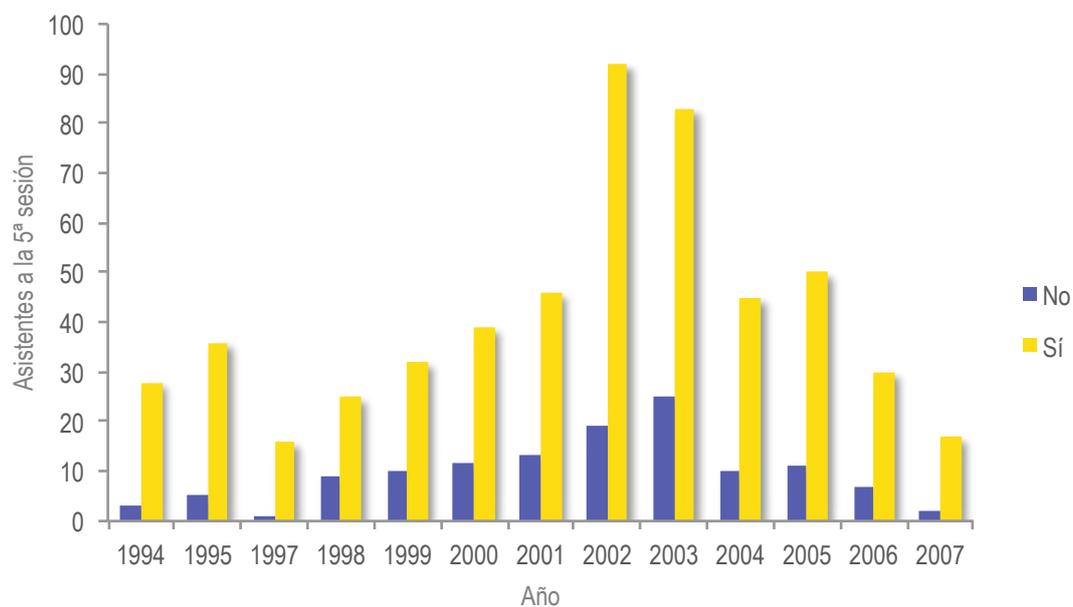


Gráfico 11. Frecuencia de asistentes a la quinta sesión del TDT (entre los asistentes a la cuarta sesión).

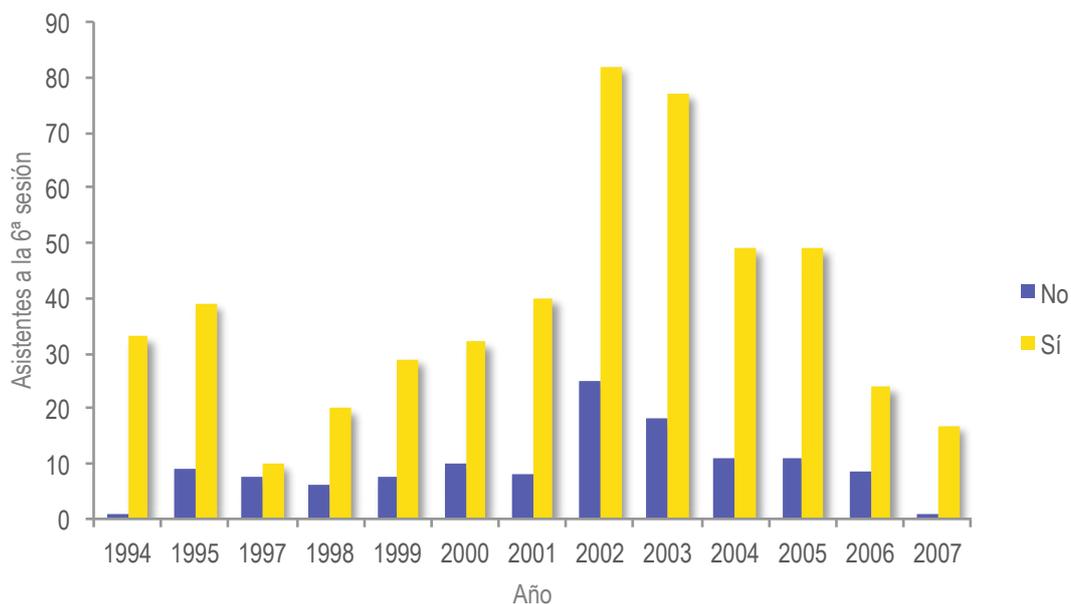


Gráfico 12. Frecuencia de asistentes a la sexta sesión del TDT (entre los asistentes a la quinta sesión).

Se valoró la asistencia global a los TDT y los resultados se muestran en el siguiente gráfico. “Asistencia total”, que representa el haber asistido a las 6 sesiones del TDT, supone un 41,8%. “Asistencia media”, que representa el haber asistido a más de la mitad de las sesiones (al menos a 4 de las 6 sesiones), supone un 28,4%. Y “abandonó el TDT”, que representa el haber asistido a 3, 2 ó 1 sesión, supone un 28,9%. (Ver Gráfico 13).

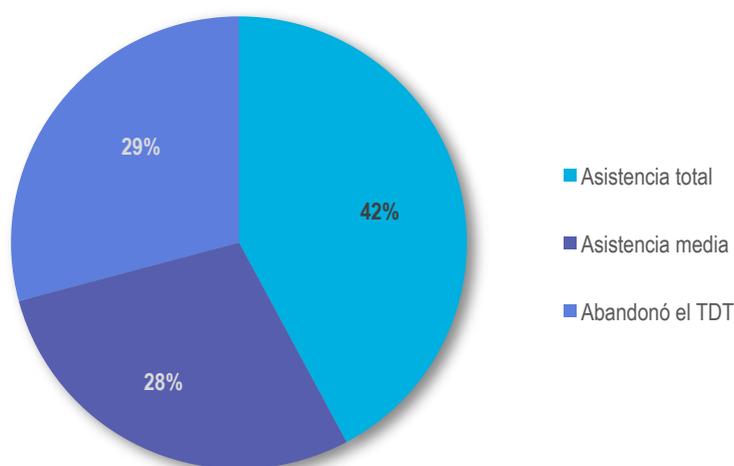


Gráfico 13. Nivel de asistencia global a los TDT.

Test “tipo de fumador”

Las puntuaciones obtenidas en los seis ítems valorados en el Test de “Tipo de Fumador” (estimulación, manipulación, relajación con placer, reducción de la tensión emocional, adicción psicológica y hábito) se muestran a continuación (Ver Gráficos 14-19).

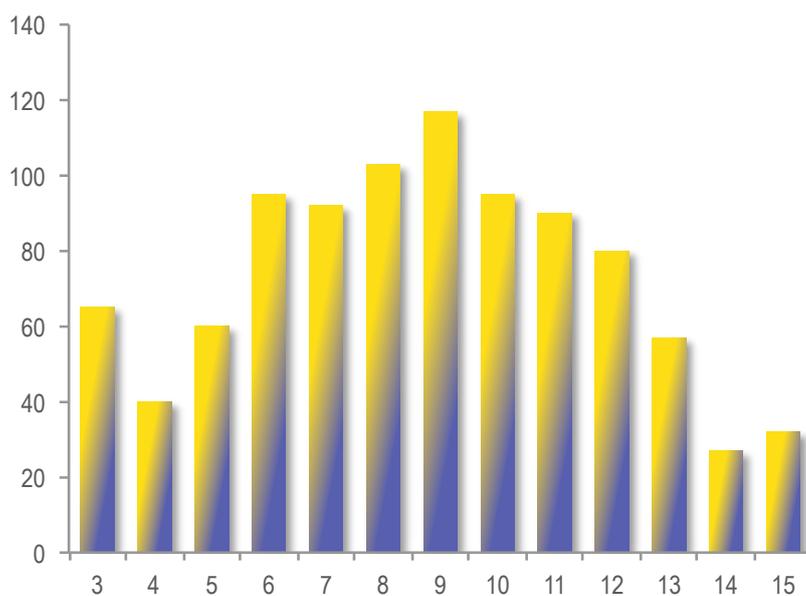


Gráfico 14. “Estimulación” en el Test Tipo de Fumador.

La media de las puntuaciones de la variable estimulación del Test Tipo de Fumador fue de 8,58 (DE:3,14).

Del total de la muestra, 945 sujetos contestaron a esta pregunta.

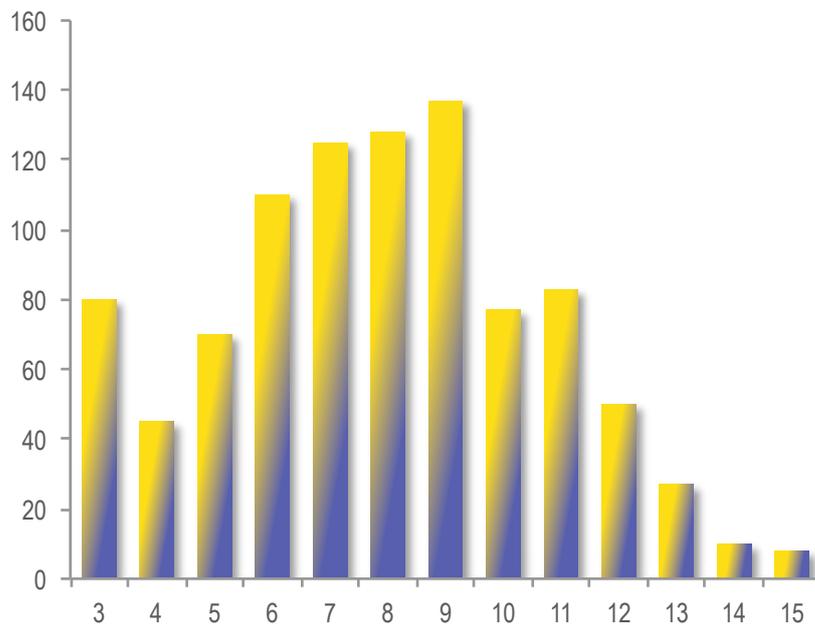


Gráfico 15. "Manipulación" en el Test Tipo de Fumador.

La media de las puntuaciones de la variable manipulación del Test Tipo de Fumador fue de 7,84 (DE:2,78).

Del total de la muestra, 945 sujetos contestaron a esta pregunta.

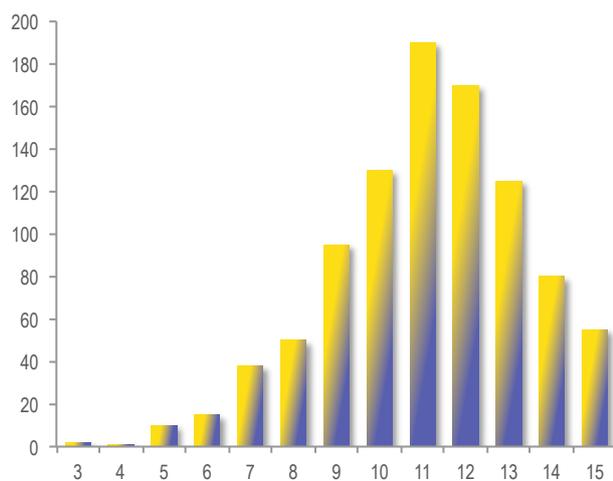


Gráfico 16. "Relajación con Placer" en el Test Tipo de Fumador.

La media de las puntuaciones de la variable relajación con placer del Test Tipo de Fumador fue de 11,11 (DE:2,22).

Del total de la muestra, 944 sujetos contestaron a esta pregunta.

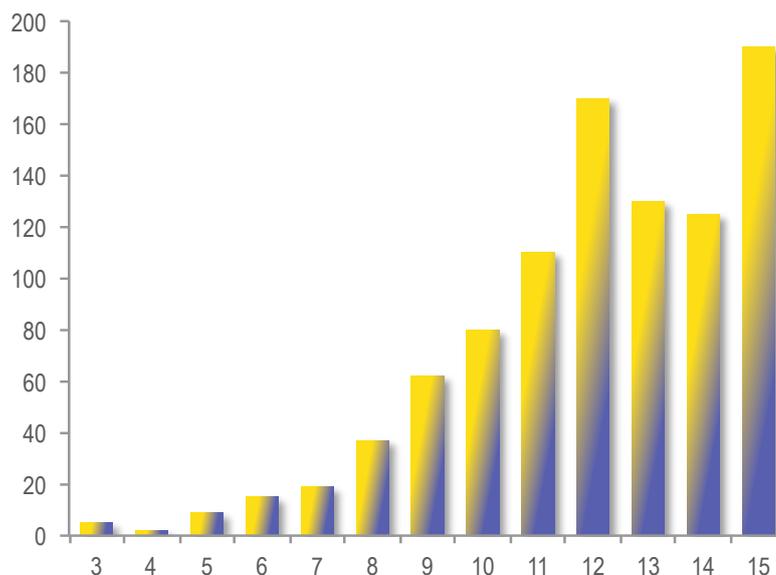


Gráfico 17. "Reducción de la Tensión Emocional" en el Test Tipo de Fumador.

La media de las puntuaciones de la variable reducción de la tensión emocional del Test Tipo de Fumador fue de 12,06 (DE:2,51).

Del total de la muestra, 943 sujetos contestaron a esta pregunta.

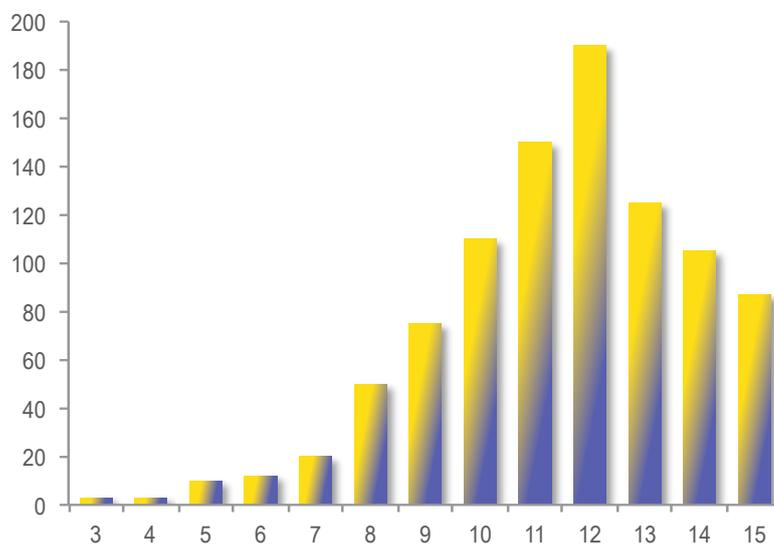


Gráfico 18. "Adicción Psicológica" en el Test Tipo de Fumador.

La media de las puntuaciones de la variable adicción psicológica del Test Tipo de Fumador fue de 11,48 (DE:2,28).

Del total de la muestra, 945 sujetos contestaron a esta pregunta.

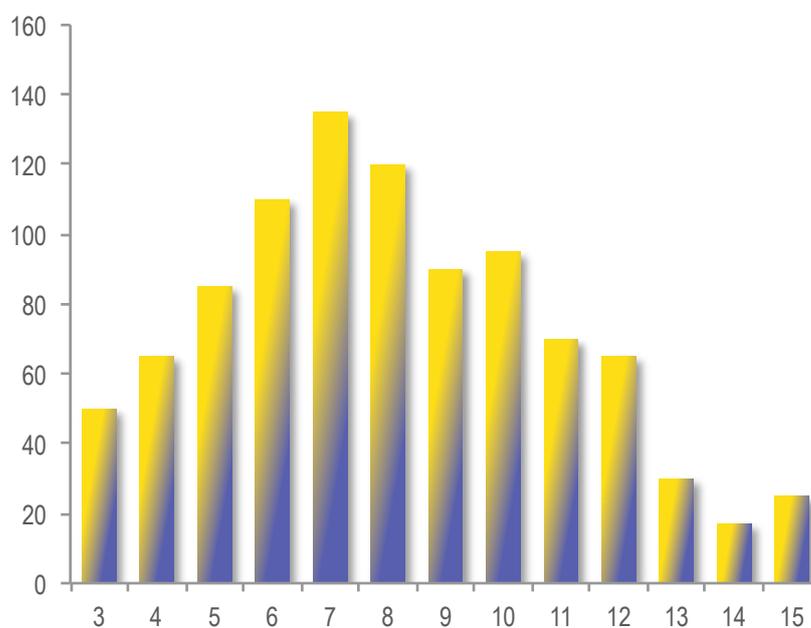


Gráfico 19. "Hábito" en el Test Tipo de Fumador.

La media de las puntuaciones de la variable hábito del Test Tipo de Fumador fue de 8,00 (DE:2,91).

Del total de la muestra, 943 sujetos contestaron a esta pregunta.

Test de Fagerström

Del total de los participantes (996 sujetos), se han obtenido datos del Test de Fagerström de 837. La media de las puntuaciones en el test fue de 5,74 (DE:2,30). En el siguiente gráfico se muestra la frecuencia de pacientes que obtuvieron cada una de las puntuaciones de dicho test; la puntuación mínima es 0 y la máxima es 10 (Ver Gráfico 20).

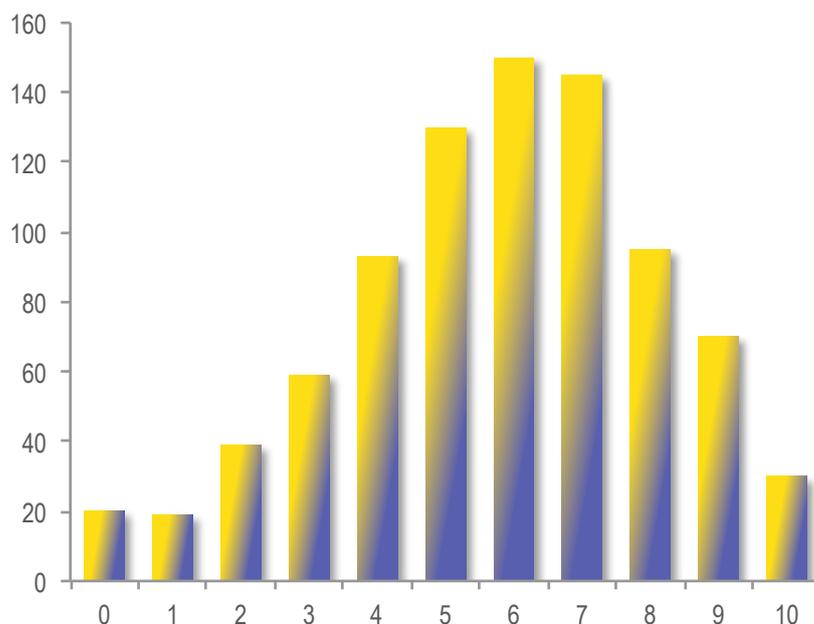


Gráfico 20. Test de Fagerström

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco entre los participantes del TDT ha disminuido de forma evidente a lo largo de las sesiones. La mediana del número de cigarrillos que fumaban los pacientes antes de comenzar el TDT (reflejado en el cuestionario de la primera sesión) fue de 20 (RIQ:20-30), en la segunda sesión la mediana fue de 16 (RIQ:10-20), en la tercera sesión la mediana fue de 10 (RIQ:5-14) y las medianas de la tercera, cuarta y quinta sesiones fueron de 2 cigarrillos consumidos (RIQ:0-7). (Ver Gráfico 21).

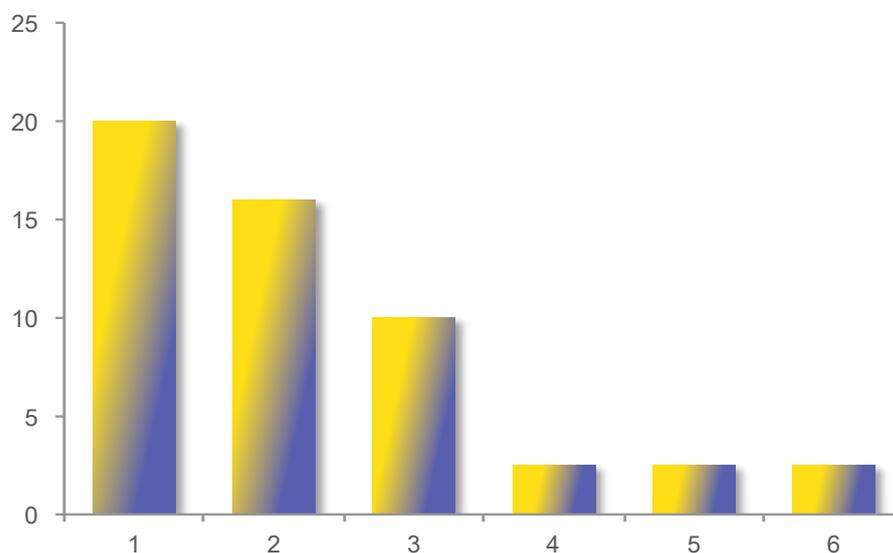


Gráfico 21. Consumo de tabaco

El programa de deshabituación tabáquica resulta muy efectivo a partir de la tercera sesión. En la cuarta sesión del TDT un 40,9% de los asistentes había abandonado completamente el hábito tabáquico (cero cigarrillos consumidos), en la quinta sesión este porcentaje era de 42,4% y al final del programa (sexta sesión) era de 31,6%.

Valoración de los síntomas de abstinencia

A partir de la tercera sesión y en las sesiones sucesivas del taller, se pasó un cuestionario a los participantes para valorar los síntomas de abstinencia. En dicho cuestionario, el paciente valora una serie de once ítems con cuatro opciones de respuesta (nada, poco, regular o mucho). A continuación se muestran los resultados.

Ganas de fumar:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	18	2,9
Poco	624	59	9,5
Regular	624	266	42,6
Mucho	624	281	45
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	550	16	2,9
Poco	550	97	17,6
Regular	550	222	40,4
Mucho	550	215	39,1
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	28	5,5
Poco	510	92	18
Regular	510	212	41,6
Mucho	510	178	34,9
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	35	7,7
Poco	454	121	26,7
Regular	454	164	36,1
Mucho	454	134	29,5

Tabla 8. Ganas de fumar referidas en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

Un 45,0% de los pacientes refirió tener muchas ganas de fumar en la sesión 3; este porcentaje fue disminuyendo en las sesiones sucesivas, así en la sesión 4 era de 39,1%, en la sesión 5 de 34,9% y en la sesión 6 de 29,5%. De forma contraria, el porcentaje de pacientes que refirió no tener nada de ganas de fumar fue aumentando a lo largo de las diferentes sesiones: en la tercera sesión era de un 2,9%, en la cuarta sesión era también de un 2,9%, en la quinta sesión era de un 5,5% y en la última sesión era de un 7,7%.

Irritabilidad, enfado:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	153	24,5
Poco	624	189	30,3
Regular	624	205	32,9
Mucho	624	77	12,3
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	550	16	2,9
Poco	550	97	17,6
Regular	550	222	40,4
Mucho	550	215	39,1
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	113	22,2
Poco	510	159	31,2
Regular	510	153	30
Mucho	510	85	16,7
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	128	28,2
Poco	454	143	31,5
Regular	454	126	27,8
Mucho	454	57	12,6

Tabla 9a. Irritabilidad o enfado referidos en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

Los porcentajes de las distintas categorías (nada, poco, regular, mucho) de irritabilidad o enfado provocados por el abandono/disminución del tabaco son bastante similares en las sesiones 3, 5 y 6, sin embargo estos porcentajes varían en la sesión 4, donde observamos que los pacientes manifiestan mayor grado de irritabilidad o enfado.

Ansiedad:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	57	9,1
Poco	624	108	17,3
Regular	624	230	36,9
Mucho	624	229	36,7
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	551	52	9,4
Poco	551	111	20,1
Regular	551	204	37
Mucho	551	184	33,4
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	50	9,8
Poco	510	116	22,7
Regular	510	196	38,4
Mucho	510	148	29
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	66	14,5
Poco	454	117	25,8
Regular	454	166	36,6
Mucho	454	105	23,1

Tabla 9b. Ansiedad referida en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

El grado de ansiedad de los pacientes como síntoma de abstinencia del tabaco va disminuyendo a lo largo de las sesiones. En la tercera sesión un 36,9% de los participantes refirió mucha ansiedad, mientras que en la cuarta sesión el porcentaje de participantes que refirió mucha ansiedad bajó a 33,4%, en la quinta sesión a 29,0% y en la sexta y última sesión del TDT a 23,1%. Por otro lado, el porcentaje de pacientes que refirió no tener nada de ansiedad se mantuvo constante en las sesiones 3, 4 y 5 (alrededor del 9-10%) y aumentó en la última sesión (14,5%).

Dificultad para concentrarse:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	174	27,9
Poco	624	188	30,1
Regular	624	180	28,8
Mucho	624	82	13,1
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	551	143	26
Poco	551	164	29,8
Regular	551	161	29,2
Mucho	551	83	15,1
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	175	34,3
Poco	510	139	27,3
Regular	510	118	23,1
Mucho	510	78	15,3
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	180	39,6
Poco	454	136	30
Regular	454	90	19,8
Mucho	454	48	10,6

Tabla 10. Dificultad para concentrarse referida en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

El porcentaje de encuestados que refirió no tener ningún tipo de dificultad para concentrarse tras haber abandonado/disminuido el consumo de tabaco fue de 27,9% en la tercera sesión, de 26% en la cuarta sesión, de 34,3% en la quinta sesión y de 39,6% en la sexta sesión.

Inquietud, nerviosismo:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	76	12,2
Poco	624	142	22,8
Regular	624	239	38,3
Mucho	624	167	26,8
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	551	78	14,2
Poco	551	131	23,8
Regular	551	182	33
Mucho	551	160	29
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	89	17,5
Poco	510	122	23,9
Regular	510	167	32,7
Mucho	510	132	25,9
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	112	24,7
Poco	454	118	26
Regular	454	143	31,5
Mucho	454	81	17,8

Tabla 11. Inquietud o nerviosismo referidos en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

El incremento del porcentaje de pacientes que contestó no tener ningún tipo de inquietud o nerviosismo como síntoma de abstinencia del tabaco es evidente a lo largo de las distintas sesiones del TDT, pasando de un 12,2% en la sesión 3, a un 14,2% en la sesión 4, a un 17,5% en la sesión 5 y a un 24,7% en la sesión 6.

Cansancio:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	218	34,9
Poco	624	165	26,4
Regular	624	147	23,6
Mucho	624	94	15,1
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	551	189	34,3
Poco	551	160	29
Regular	551	123	22,3
Mucho	551	79	14,3
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	179	35,1
Poco	510	143	28
Regular	510	127	24,9
Mucho	510	61	12
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	199	43,8
Poco	454	125	27,5
Regular	454	94	20,7
Mucho	454	36	7,9

Tabla 12. Cansancio referido en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

Los porcentajes de las distintas categorías (nada, poco, regular, mucho) de cansancio provocado por el abandono/disminución del consumo de tabaco son bastante similares en las sesiones 3, 4 y 5, sin embargo estos porcentajes varían en la sesión 6, donde observamos que los pacientes manifiestan menor grado de cansancio.

Cefalea:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	374	59,9
Poco	624	126	20,2
Regular	624	83	13,3
Mucho	624	41	6,6
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	551	324	58,8
Poco	551	123	22,3
Regular	551	69	12,5
Mucho	551	35	6,4
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	323	63,3
Poco	510	90	17,6
Regular	510	64	12,5
Mucho	510	33	6,5
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	312	68,7
Poco	454	82	18,1
Regular	454	45	9,9
Mucho	454	15	3,3

Tabla 13. Cefalea referida en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

El porcentaje de encuestados que no refieren cefaleas es similar en las sesiones 3 y 4 (alrededor del 59%), pero aumenta a 63,3% en la sesión 5 y aumenta aún más en la sesión 6 (68,7%). Por otro lado, la proporción de encuestados que refiere muchas cefaleas es parecida en las sesiones 3, 4 y 5 (alrededor del 6,5%), sin embargo disminuye a 3,3% en la última sesión del taller.

Somnolencia:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	292	46,8
Poco	624	168	26,9
Regular	624	110	17,6
Mucho	624	54	8,7
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	551	226	41
Poco	551	153	27,8
Regular	551	93	16,9
Mucho	551	79	14,3
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	207	40,6
Poco	510	148	29
Regular	510	103	20,2
Mucho	510	52	10,2
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	224	49,3
Poco	454	108	23,8
Regular	454	81	17,8
Mucho	454	41	9

Tabla 14. Somnolencia referida en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

Las proporciones de las distintas categorías (nada, poco, regular, mucho) de somnolencia provocada por el abandono/disminución del hábito tabáquico son bastante similares en todas las sesiones del taller, si bien cabe destacar que la proporción de pacientes que refiere no sentir nada de somnolencia disminuye en las sesiones 4 y 5 (alrededor del 40-41%) con respecto a la sesión 3 (46,8%), pero luego aumenta en la sesión 6 (49,3%).

Estreñimiento:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	346	55,4
Poco	624	152	24,4
Regular	624	90	14,4
Mucho	624	36	5,8
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	551	302	54,8
Poco	551	116	21,1
Regular	551	80	14,5
Mucho	551	53	9,6
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	292	57,3
Poco	510	105	20,6
Regular	510	66	12,9
Mucho	510	47	9,2
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	259	57
Poco	454	92	20,3
Regular	454	64	14,1
Mucho	454	39	8,6

Tabla 15. Estreñimiento referido en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

Son curiosas las respuestas de los participantes a la pregunta de si padecen estreñimiento tras el abandono/disminución del hábito tabáquico, ya que, en líneas generales, se observa un ligero incremento del porcentaje de pacientes que refieren mucho estreñimiento a la vez que se observa un ligero incremento del porcentaje de aquellos que no refieren nada de estreñimiento, a lo largo de las distintas sesiones del TDT.

Sensación de hambre:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	624	140	22,4
Poco	624	140	22,4
Regular	624	205	32,9
Mucho	624	139	22,3
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	551	102	18,5
Poco	551	138	25
Regular	551	177	32,1
Mucho	551	134	24,3
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	510	101	19,8
Poco	510	128	25,1
Regular	510	166	32,5
Mucho	510	115	22,5
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	454	104	22,9
Poco	454	108	23,8
Regular	454	136	30
Mucho	454	106	23,3

Tabla 16. Sensación de hambre referida en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

Los porcentajes de pacientes que refieren tener distintos grados sensación de hambre (nada, poco, regular o mucho) en el cuestionario de síntomas de abstinencia del tabaco, son muy similares en cada una de las sesiones (tercera, cuarta, quinta y sexta) del TDT: alrededor del 20% refiere nada, alrededor del 24% poca, alrededor del 32% regular y alrededor del 23% mucha sensación de hambre.

Depresión, tristeza:

SESIÓN 3	N	frec.	%
Nada	622	245	39,4
Poco	622	156	25,1
Regular	622	147	23,6
Mucho	622	74	11,9
SESIÓN 4	N	frec.	%
Nada	549	207	37,7
Poco	549	135	24,6
Regular	549	119	21,7
Mucho	549	88	16
SESIÓN 5	N	frec.	%
Nada	509	195	38,9
Poco	509	132	25,9
Regular	509	105	20,6
Mucho	509	77	15,1
SESIÓN 6	N	frec.	%
Nada	453	182	40,2
Poco	453	123	27,2
Regular	453	97	21,4
Mucho	453	51	11,3

Tabla 17. Depresión o tristeza referidas en el cuestionario de síntomas de abstinencia en las sesiones 3, 4, 5 y 6 de TDT.

Las proporciones de encuestados que refieren distintos grados de depresión o tristeza tras el abandono/disminución del consumo tabaco son similares en las sesiones 3 y 6, sin embargo difieren de las encontradas en las sesiones 4 y 5, donde observamos un porcentaje más elevado de pacientes que refieren mucha depresión o tristeza (alrededor del 15-16% en las sesiones 4 y 5 frente a un 11% aproximadamente en las sesiones 3 y 6).

Éxito del TDT

Es importante medir el éxito del Taller de Deshabituación Tabáquica, tanto a corto como a largo plazo, en este sentido, para la valoración del éxito del Taller de Deshabituación Tabáquica a largo plazo se realizó un seguimiento vía telefónica de los participantes en el taller. Se contactó con los pacientes a los 3 meses, a los 6 meses y a los doce meses tras la finalización de los talleres.

Tal y como se muestra en la siguiente tabla (Ver Tabla 18), se hizo seguimiento telefónico del 70,1% de los participantes en los talleres.

	N	frec.	%
No	996	298	29,9
Sí	996	698	70,1

Tabla 18. Frecuencia de seguimiento telefónico de los pacientes tras la realización del TDT.

Como hemos visto anteriormente, la mediana del número de cigarrillos que fumaban los pacientes antes de comenzar el taller era de 20 (RIQ:20-30), y la mediana del número de cigarrillos que fumaban los pacientes al finalizar el taller fue 2 (RIQ:0-7). En la siguiente tabla (Ver Tabla 19) observamos que la mediana de cigarrillos consumidos por los pacientes a los 3 meses de la finalización del TDT fue de 7 (RIQ:0-16,5), a los 6 meses fue de 10 (RIQ:0-20) y al año fue también de 10 (RIQ:0-20). Se observa que el consumo de cigarrillos previo sigue una distribución diferente al consumo de cigarrillos transcurrido un año, analizándose con el test de Wilco-xon ($p < 0,001$). El descenso mediano del consumo de cigarrillos entre esos dos momentos (momento inicial y pasado un año de la finalización el taller) por paciente fue de 10,5 cigarrillos (intervalo de confianza al 95%: 10,0 – 15,0).

	N	mediana	RIQ(P25-P75)
3 meses	634	7	(0-16,5)
6 meses	612	10	(0-20)
12 meses	588	10	(0-20)

Tabla 19. Consumo de cigarrillos a los 3 meses, a los 6 meses y al año, tras el TDT.

Pasados 3 meses desde la última sesión del taller, un 35,3% de los pacientes había

abandonado completamente el hábito tabáquico (cero cigarrillos consumidos), a los 6 meses este porcentaje era de 32,0% y a los 12 meses era de 32,5%. Estos porcentajes son parecidos e incluso algo superiores al porcentaje de participantes que reflejaron haber abandonado completamente el consumo de tabaco en la última sesión del taller (31,6%).

En la siguiente tabla (Ver Tabla 20) se muestra la proporción de pacientes que abandonó completamente el hábito tabáquico (32,5%) al año de la realización del taller, la proporción de aquellos que disminuyen su consumo de tabaco con respecto al inicio del taller (47,8%), la de aquellos que no modifican su consumo inicial de cigarrillos (17,2%) y la de aquellos que fuman más cigarrillos que al inicio (2,6%). Podemos asegurar que el Taller de Deshabituación Tabáquica resulta exitoso en el 79,8% de la muestra, considerando éxito el abandono o la disminución del consumo de tabaco al año de la realización del taller.

	N	frec.	%	% acumul.
No fuma	588	191	32,5	32,5
Fuma menos que al inicio	588	281	47,8	80,3
Fuma igual que al inicio	588	101	17,2	97,4
Fuma más que al inicio	588	15	2,6	100

Tabla 20. Consumo de tabaco al año de seguimiento, en comparación con el consumo inicial.

Conclusiones

Las principales conclusiones obtenidas en este trabajo se exponen a continuación:

Características sociodemográficas

Los sujetos que han participado en el Taller de Deshabituación Tabáquica tienen de media 45,04 años (DE: 12,2), son principalmente mujeres (60,9% de mujeres frente a 39,1% de hombres) y la mayoría están casados/as (50,2%). En cuanto al nivel de estudios, su distribución es bastante equilibrada, existiendo una amplia representación de cada grado de estudios.

Perfil de los asistentes

La mediana de cigarrillos consumidos entre los participantes antes de comenzar el taller fue de 20 (RIQ:20-30).

Un 49,7% de los asistentes refirió una necesidad personal de dejar de fumar de grado 5 (graduación: 1-5) y un 67,1% una dificultad para dejar de fumar de grado 5 (graduación: 1-5).

Un 35,5% de los encuestados no había tenido ningún intento de abandono del hábito tabáquico anterior al TDT, un 16,8% había tenido un intento, un 18,4% había tenido 2 intentos, un 21,4% entre 3 y 5 intentos, un 6,8% entre 6 y 8 intentos y un 1,1% más de 10 intentos. Y en concreto, en los 6 meses anteriores al TDT la mayoría de los participantes (55,8%) no había utilizado ningún método para dejar de fumar; entre aquellos que habían intentado dejar de fumar en los 6 meses precedentes al TDT, el método más utilizado fue la voluntad personal.

El motivo principal para dejar de fumar era la conciencia de los riesgos que el tabaco supone sobre la salud (un 67,8% de los participantes apuntaron este motivo).

Un 59,9% de los participantes confía en el TDT como apoyo en el reto de dejar el tabaco, un 32,2% confía en su propia voluntad, un 25,6% en la familia, un 9,1% en los amigos y un 5,9% en los compañeros de trabajo.

Un 3,4% de la muestra padeció alguna enfermedad cardíaca y un 7,2% padeció alguna enfermedad respiratoria, en los 3 meses anteriores al inicio del taller. En cuanto a las enfermedades que padecían los encuestados en el momento de la realización del taller, las más frecuentes fueron la ansiedad (referida por el 20,7% de la muestra), depresión (16,4%), stress (16,1%) e hipertensión arterial (15,7%).

Asistencia al Taller de Deshabituación Tabáquica

La primera edición del TDT (año1994) contó con 38 participantes, en 1995 hubo 72 participantes, en 1997 hubo 33, en 1998 hubo 65, en 1999 hubo 69, en el 2000 hubo

70, en el 2001 hubo 73, en el 2002 hubo 174, en el 2003 hubo 148, en el 2004 hubo 104, en el 2005 hubo 85, en el 2006 hubo 47 y en el 2008 hubo 18 asistentes.

La asistencia global a los talleres fue: 41,8% asistencia total (asistencia a las 6 sesiones del TDT), 28,4% asistencia media (asistencia a más de la mitad de las sesiones -al menos a 4 de las 6 sesiones-), y 28,9% abandono del TDT (asistencia a 3, 2 ó 1 sesión).

Test “Tipo de Fumador”

La media y desviación estándar (DE) de las distintas variables que evalúa el test

“Tipo de Fumador”, teniendo en cuenta su rango de puntuación (entre 3 y 15 puntos), fueron las siguientes: estimulación: 8,58 (DE:3,14), manipulación: 7,84 (DE:2,78), relajación con placer: 11,11 (DE:2,22), reducción de la tensión emocional: 12,06 (DE: 2,51), adicción psicológica: 11,48 (DE:2,28), hábito: 8,00 (DE:2,30). Las puntuaciones más elevadas corresponden, por tanto, a las variables: reducción de la tensión emocional, adicción psicológica y relajación con placer.

Test de Fagerström

La media de las puntuaciones en el test de Fagerström (puntuado del 0 al 10) fue de 5,74 (DE:2,30).

Consumo de tabaco

La mediana del número de cigarrillos que fumaban los pacientes cuando asistieron a la primera sesión del TDT fue de 20 (RIQ:20-30), en la segunda sesión la mediana fue de 16 (RIQ:10-20), en la tercera sesión la mediana fue de 10 (RIQ:5-14) y las medianas de la tercera, cuarta y quinta sesiones fueron de 2 cigarrillos consumidos (RIQ:0-7).

A la vista de estos resultados, podemos decir que el consumo de tabaco disminuye a lo largo de las sesiones, y el programa resulta muy efectivo ya a partir de la tercera sesión del TDT. De hecho, un 40,9% de los asistentes abandonó completamente el hábito tabáquico en la cuarta sesión, en la quinta sesión este porcentaje era de 42,4% y al final del programa (sexta sesión) era de 31,6%.

Valoración de los síntomas de abstinencia (nada, poco, regular, mucho)

Ganas de fumar: Un 45,0% de los pacientes refirió tener muchas ganas de fumar en la sesión 3; este porcentaje fue disminuyendo en las sesiones sucesivas: en la sesión 4 fue de 39,1%, en la sesión 5 de 34,9% y en la sesión 6 de 29,5%. De forma contraria, el porcentaje de pacientes que refirió no tener nada de ganas de fumar fue aumentando a lo largo de las diferentes sesiones.

Irritabilidad, enfado: Los porcentajes de los distintos grados de irritabilidad o enfado provocados por el abandono/disminución del tabaco son bastante similares en las se-

siones 3, 5 y 6, sin embargo estos porcentajes varían en la sesión 4, donde los pacientes manifiestan un mayor grado de irritabilidad.

Ansiedad: El grado de ansiedad de los pacientes va disminuyendo a lo largo de las sesiones. En la tercera sesión un 36,9% de los participantes refirió mucha ansiedad, mientras que en la cuarta sesión este porcentaje descendió a 33,4%, en la quinta sesión a 29,0% y en la sexta y última sesión del TDT a 23,1%.

Dificultad para concentrarse: El porcentaje de encuestados que refirió no tener ningún tipo de dificultad para concentrarse tras haber abandonado/disminuido el consumo de tabaco fue de 27,9% en la tercera sesión, de 26% en la cuarta sesión, de 34,3% en la quinta sesión y de 39,6% en la sexta sesión.

Inquietud, nerviosismo: El porcentaje de pacientes que contestó no tener ningún tipo de inquietud o nerviosismo como síntoma de abstinencia del tabaco aumentó a lo largo de las diferentes sesiones del programa, pasando de un 12,2% en la sesión 3, a un 14,2% en la sesión 4, a un 17,5% en la sesión 5 y a un 24,7% en la última sesión.

Cansancio: El grado de cansancio de los pacientes (nada, poco, regular, mucho) provocado por el abandono/disminución del consumo de tabaco es bastante similar en las sesiones 3, 4 y 5; sin embargo, en la sesión 6 se observa que los pacientes manifiestan menor grado de cansancio.

Cefalea: El porcentaje de encuestados que no refieren cefaleas es similar en las sesiones 3 y 4 (alrededor del 59%), pero aumenta a 63,3% en la sesión 5 y a 68,7% en la sesión 6.

Somnolencia: Las proporciones de los distintos grados de somnolencia (nada, poco, regular, mucho) provocados por el abandono/disminución del hábito tabáquico son bastante similares en todas las sesiones del taller.

Estreñimiento: Se observa un ligero incremento del porcentaje de pacientes que refieren mucho estreñimiento a la vez que se observa un ligero incremento del porcentaje de aquellos que no refieren nada de estreñimiento, a lo largo de las distintas sesiones del TDT.

Sensación de hambre: Los porcentajes de pacientes que refieren distintos grados de sensación de hambre como síntoma de abstinencia del tabaco, son muy similares en cada una de las sesiones del TDT: alrededor del 20% refiere nada, alrededor del 24% poca, alrededor del 32% regular y alrededor del 23% mucha sensación de hambre.

Depresión, tristeza: Las proporciones de encuestados que refieren distintos grados de depresión o tristeza tras el abandono/disminución del consumo de tabaco son similares en las sesiones 3 y 6, sin embargo difieren de las encontradas en las sesiones 4 y 5, donde observamos un porcentaje más elevado de pacientes que refieren mucha depresión o tristeza (alrededor del 15-16% en las sesiones 4 y 5 frente a un 11% apro-

ximadamente en las sesiones 3 y 6).

Éxito del TDT a largo plazo

Se realizó seguimiento telefónico de un 70,1% de los asistentes a los talleres para evaluar el consumo de tabaco una vez finalizadas las sesiones. La mediana de cigarrillos consumidos a los 3 meses de la finalización del TDT fue de 7 (RIQ:0-16,5) y el porcentaje de sujetos que habían logrado un abandono total del tabaco fue de 35,3. A los 6 meses, la mediana de cigarrillos consumidos fue de 10 (RIQ:0-20) y el porcentaje de abandono total del tabaco fue de 32,0%. Finalmente, **transcurrido un año de la finalización del TDT**, la mediana de cigarrillos consumidos fue de 10 (RIQ:0-20) y **el porcentaje de abandono total del tabaco fue de 32,5%**.

El consumo de cigarrillos inicial sigue una distribución diferente al consumo de cigarrillos transcurrido un año del final del taller, analizándose con el test de Wilcoxon ($p < 0,001$). El descenso mediano del consumo de cigarrillos entre esos dos momentos (momento inicial y pasado un año de la finalización del taller) por paciente fue de 10,5 cigarrillos (intervalo de confianza al 95%: 10,0 – 15,0) es decir, **con una confianza del 95% podemos asegurar que el 50% de los participantes disminuyó su consumo de tabaco al menos en 10 cigarrillos**.

Los porcentajes de abandono total del tabaco a los 3, 6 y 12 meses tras la finalización del taller son similares e incluso superiores al porcentaje de pacientes que manifestó haber abandonado completamente el consumo de tabaco en la última sesión del taller (31,6%), por tanto, **el éxito del Taller de Deshabituación Tabáquica no se ve sólo a corto plazo, sino, y lo que es más importante, también a largo plazo**.

El Taller de Deshabituación Tabáquica resulta exitoso en el 80,3% de los participantes, considerando éxito: el abandono o la disminución del consumo de tabaco al año de la realización del taller.

Capítulo 8 PARA SABER MÁS

Dónde obtener más información

A continuación se presentan una serie de enlaces útiles, con información para poder profundizar más en ciertas áreas o aspectos mencionados en el texto. Se han dividido por aquellas expresadas en español y en inglés.

Español

ADEPS: Asociación de Educación Para la Salud:

www.adeps.org
www.atlasdelasalud.org

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud:

<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978:

http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Legislación:

Boletín oficial del estado, viernes 31 de diciembre de 2010, Ley 42/2010 que modifica la Ley 28/2005:

<http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>

Boletín oficial del estado, 27 de diciembre de 2005, Ley 28/2005:

http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ley28_2005.pdf

Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>

CNPT: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Colabora con los profesionales, entidades e instituciones implicadas en la prevención y control del tabaquismo en España:

<http://www.cnpt.es/>

SEDET: Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo:

<http://www.sedet.es/webcms/index.php?menu=portada>

SEPAR: Sociedad española de neumología y cirugía torácica. Información de todas las patologías relacionadas con el aparato respiratorio y actividades científicas relacionadas con la neumología:

<http://www.separ.es/>

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria:

<http://www.sespas.es>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

<http://www.msps.es/>

Recursos e informaciones sobre el tabaco:

<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/home.htm>

OPS: Organización Panamericana de la Salud. Sobre control del tabaco:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1281&Itemid=1187&lang=es

PATIOS: Sistema Panamericano de Información en Línea de Tabaco. Contiene información específica de cada país acerca del tabaquismo. La base de datos cubre 32 indicadores sobre consumo de tabaco y sus políticas de control en todos los países americanos de la OPS. La base contiene datos sobre 3 grandes áreas: impacto sobre la salud, políticas y legislación, y economía del tabaco:

<http://www.paho.org/tobacco/PatiosHome.asp?Lang=SPA>

El médico interactivo: Brinda una exposición de Metodología en Educación para la Salud:

<http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/salud3.htm>

GTSS: Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaquismo. Fue desarrollado en 1999 por la OMS, la CDC (Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EEUU) y la CPHA (Asociación Canadiense de Salud Pública). El objetivo es mejorar el rendimiento de los países a diseñar, implementar y evaluar sus planes de acción de control del tabaco nacional.

Incluye la recolección de datos a través de cuatro encuestas:

-La “*Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes*” (EMTJ). Información de las escuelas a 13-15 años.

-La “*Encuesta Mundial de Personal de las Escuelas*” (EMPE). Información de maestros y personal administrativo en escuelas.

-La “*Encuesta Mundial de Estudiantes de Profesiones de la Salud*” (EMEPS). Información de estudiantes de tercer año para dentista, medicina, enfermería y farmacología.

-La “*Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos*” (EMTA). Información de hogares

para monitoreo del consumo de tabaco en adultos.

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1370&Itemid=2001

AEEC: Asociación Española Contra el Cáncer:
<https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>

SEE: Sociedad española de epidemiología:
<http://www.seepidemiologia.es/>

SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Al buscar tabaco en la página, presenta noticias y artículos relacionados con éste y la atención primaria:
<http://www.semergen.es/semergen/>

Socidrogalcohol: Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías:
<http://www.socidrogalcohol.org/>

OMS: Enlaces a descripciones de actividades, informes, noticias y temas relacionados con el tabaco:
<http://www.who.int/topics/tobacco/es/>

CDC: Página del Centro para la Prevención y Control de enfermedades de Atlanta, con diversos artículos, formas de abordaje y control del tabaquismo:
<http://www.cdc.gov/spanish/tabaco.htm>
Diseño e implementación de una campaña efectiva de contramercadeo del tabaco:
http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/counter_marketing/manual/index.htm

PAAPS: Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. Grupo de la SemFYC, donde se proponen formas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, entre ellas el tabaquismo:
<http://www.papps.org>

SemFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Incluye información sobre congresos, cursos, noticias y foros de opinión sobre atención primaria:
<http://www.semfy.com/es/>
Programas que realiza de medicina preventiva, tabaquismo y otros:
<http://www.semfy.com/es/enlaces/programas/>
Salud Pública de la Comisión Europea:
http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_es.htm
Neumomadrid:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campana03.htm>

Inglés

ENSP: European Network for Smoking and Tobacco Prevention
<http://www.ensp.org/>

En España: <http://www.ensp.org/spain>

EUPHIX: European public health information system:
http://www.euphix.org/object_document/o4581n27010.html

Treattobacco.net: Página que trata el tema del tratamiento de la dependencia al tabaco y temas relacionados a éste.
<http://www.treattobacco.net>

Doctors and Tobacco, Tobacco Control Resource Centre: da información a profesionales de la salud sobre cómo ellos pueden hacer una acción efectiva para reducir la enfermedad y muerte causada por el tabaco.
http://www.tobacco-control.org/tcrc_Web_Site/Pages_tcrc/Action/Action_Main_Page.htm#DP

IPCRG: Internacional Primary Care Respiratory group. International Guidance on smoking cessation un primary care.
http://www.theipcr.org/smoking/nat_gd.php

WHO Regional Office for Europa: Página para Europa de la OMS. Buscando el tema tabaco, aparecen múltiples recursos, noticias, actividades de prevención y temas relacionados.
<http://www.euro.who.int/en/home>

TFI: Tobacco Free Initiative. Es un programa de la OMS dirigido a la lucha antitabáquica, en el que se pueden encontrar recursos y noticias relacionadas con el tema.
<http://www.who.int/tobacco/en/>
Manual para el control del tabaco:
http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobaccocontrol_handbook/en/

TobaccoOrg: Recoge noticias relacionadas con el tabaco, de diferentes medios y ámbitos científicos, sociales y económicos.
<http://www.tobacco.org>

ALA: Página de la “American lung association”, donde se recogen temas relacionados con el control del tabaquismo tanto para profesionales como para no profesionales.
<http://www.lungusa.org>

SRNT: Página de la “Society for research on nicotina and tobacco”. Toca diferentes temas relacionados con la deshabituación tabáquica.

<http://www.srnt.org>

Surgeon General: Página clásica, con la guía antitabáquica y las pautas de tratamiento y técnicas de consejo para tratar la dependencia tabáquica.

<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>

GlobaLink: Portal de temas relacionados con el tabaquismo, con distribución de noticias.

<http://www.globalink.org>

Tobacco Free: Portal de temas relacionados con el tabaquismo, con noticias, reportajes y una relación de recursos, básicamente de USA.

<http://www.tobaccofree.org>

ASH: Action on Smoking and Health. Página con diferentes recursos y noticias relacionados con la lucha antitabáquica.

<http://www.ash.org.uk/>

Tobacco Free Kids: Página donde se hacen la valoración de campañas publicitarias y noticias que relacionan básicamente el tabaco y los jóvenes.

<http://www.tobaccofreekids.org>

Tobacco Control: An International Journal. Revista internacional con revisión por pares que cubre la naturaleza y consecuencia del uso del tabaco en el mundo. Así también de los esfuerzos por prevenir y controlar el consumo del tabaco mediante el nivel de educación de la población y los cambios en políticas, con su dimensión ética y las actividades de la industria del tabaco.

<http://tobaccocontrol.bmj.com/>

Doctors and Tobacco, Tobacco Control Resource Centre. Página que toca el tema del tabaco y de la salud reproductiva con diferentes recursos.

<http://www.tobacco-control.org/>

UICC: Union for International Cancer Control. Organización Internacional contra el cáncer, que aborda la lucha contra el cáncer y por ende presenta el tema del tabaquismo.

<http://www.uicc.org/>

Diálogo Global para Campañas Efectivas para Dejar de Fumar. Generalidades de las recomendaciones basadas en evidencia para las campañas para dejar de fumar (basadas en las lecciones aprendidas de la revisión de literatura internacional y de los resultados no publicados de las campañas).

<http://www.stopsmokingcampaigns.org/>

Health Canada: Herramienta de e-learning de mercadeo social.

http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/marketsoc/tools-outils/index_e.html

Instituto Nacional del Cáncer. (Estados Unidos) Dirigido a hacer que los programas de comunicación de salud funcionen.

<http://www.cancer.gov/pinkbook>

ACS: American Cancer Society. *Stay Away from Tobacco*. Provee educación, prevención, programas de cesación, folletos y pósters, todo relacionado con el tabaco.

<http://www.cancer.org/Healthy/StayAwayfromTobacco/index>

Society for Research on Nicotine and Tobacco. Investigaciones sobre la nicotina y el tabaco.

<http://srnt.org/>

<http://www.globalSmokefreePartnership.org/index.php>

FAIR TRADE TOBACCO. Explotación industrial en la agricultura del tabaco

<http://www.fairtradetobacco.org/>

ITC Project: The International Tobacco Control Policy Evaluation Project. Es un estudio de cohortes sobre el consumo del tabaco. Su principal objetivo es medir el impacto psicosocial y conductual, de las políticas nacionales respecto al CMCT.

<http://www.itcproject.org/>

La Rioja ha puesto en marcha páginas web donde acceder a recursos e información sobre el tema del tabaco, junto con un recurso adaptado tanto para adultos como para adolescentes para dejar de fumar.

<http://www.infodrogas.org/taquismo>

Dejar de fumar adultos: <http://www.lariojasintabaco.org/>

Dejar de fumar adolescentes: <http://www.tabacoff.org/>

DROJNET. Dirigido a profesionales que trabajan en las drogodependencias y público en general. A parte de otras drogas toca el tema del tabaco. Una de las secciones está también orientada a adolescentes, con información adaptada a su edad en diseño y contenido.

<http://www.droynet.eu>

GUÍAS, DOCUMENTOS, materiales sobre el tabaco y para dejar de fumar

<http://mividasinti.drupalgardens.com/content/documentosgu%C3%AD>

Folletos informativos sobre tabaquismo

<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=83746>

Red Europea de Líneas de Ayuda para Dejar de Fumar: Promociona y apoya las líneas europeas de ayuda para dejar de fumar a manera de intervención de salud pública clínica, que tiene buena relación costo-beneficio, además recopilar información respecto a la efectividad de dichas líneas.

<http://www.enqonline.org>

Glosario

Adicción: involucra a un grupo de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se ponen en acción una vez se han consumido ciertas sustancias repetidamente. Éstas les provocan un fuerte deseo de consumirlas sin poder controlar su uso que sigue persistiendo a pesar de las consecuencias dañinas visibles. Presenta un aumento en la tolerancia de dichas sustancias y un estado de abstinencia y dependencia. (BENEFICIOS DE LA CESACIÓN TABÁQUICA- Dra. Elisa Gómez)

Atención Primaria de la Salud: es la asistencia sanitaria básica de la población, que es accesible, y tiene un costo que el país y la comunidad pueden sostener. Para su actuación usa métodos prácticos, con fundamento científico y aceptados socialmente. Busca la equidad, participación de la comunidad, intersectorialidad, una tecnología adecuada y costes accesibles. Sus actividades incluyen educación para la salud, junto con la promoción de nutrición correcta, agua potable, saneamiento básico, asistencia materno-infantil, planificación familiar, inmunización, tratamiento de patologías comunes y el abastecimiento de medicamentos esenciales. (Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978).

Calidad de vida: es la percepción, la evaluación subjetiva que tiene el individuo sobre su posición en la vida dentro de un contexto cultural y sistema de valores en los que se desenvuelve, y respecto de sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es complicado y complejo de definir, ya que incluye la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y la relación con su entorno. Refleja la concepción de las personas acerca de si sus necesidades están siendo satisfechas o no, o de si se le están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y autorrealización. (Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996).

Campañas: esta palabra tiene un origen bélico, designado a actividades militares ininterrumpidas. Ha sido adoptado por la industria publicitaria con el significado de “un plan extenso para una serie de anuncios diferentes, pero relacionados, que aparecen en diversos medios durante un periodo específico” (Wells, Burnett y Miortary, 1996). Es un conjunto de eventos que han sido programados para lograr un objetivo concreto. Se diseña como parte de una estrategia para resolver un problema determinado.

Comunidad: es un grupo de personas que por lo general tienen una ubicación geográfica determinada, compartiendo cultura, valores y normas. Están organizadas en una estructura social que ha sido desarrollada por largo tiempo, sobre la que ha sido construida su identidad personal y como comunidad.

Conducta de riesgo: son acciones por parte del individuo que tienen un reconocido peligro en cuanto el aumento de probabilidad para contraer una patología concreta o un estado de salud deficiente.

Conducta orientada hacia la salud: son las actividades que lleva a cabo una persona sin importar su estado de salud real o percibido para promover, proteger o mantener su salud. Esto es independiente de si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese objetivo. (Glosario de Promoción de la Salud, 1986).

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Determinantes de la salud: son un conjunto de factores sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud de los individuos o poblaciones, determinándolo. Son tales como los comportamientos y estilos de vida, ingresos, posición social, educación, trabajo, entorno físico y el acceso a servicios sanitarios adecuados.

Empoderamiento (empowerment): es un proceso mediante el que las personas asumen un mayor control sobre su salud y las acciones que inciden en ella. Puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político por el cual los individuos pueden expresar sus necesidades, preocupaciones, participar en la toma de decisiones y realizar acciones políticas, sociales y culturales con las que hacer frente a sus propias necesidades. Gracias a este proceso, las personas obtienen modos de alcanzar las metas que se proponen con mayores resultados.

Empoderamiento para la salud de la comunidad: los individuos actúan colectivamente para conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad. (1) Muchas veces el empoderamiento diferencia si la intervención es de promoción de la salud o no. (14)

Entornos que apoyan la salud: brindan protección de los individuos que se ven involucrados en ellos, frente a las amenazas a la salud. Les permiten ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a su salud. Comprende los lugares donde viven las personas, es decir, la comunidad local, el hogar, el complejo sanitario, y el lugar de trabajo y de ocio. (adaptada de la Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud, OMS, Ginebra, 1991).

Epidemiología: es el estudio que investiga la distribución y los determinantes que influyen en los estados o en los acontecimientos relacionados con la salud de poblaciones concretas. Así también como la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud. (Last, JM. Diccionario de Epidemiología, Reino Unido, 1988).

Escenarios para la salud: Son los lugares o contextos sociales donde las personas llevan a cabo sus actividades diarias, interactuando con factores ambientales, organizativos y personales que influyen en la salud y el bienestar.

Estado de salud: es la manera de describir o medir la salud que posee un individuo o población en un momento del tiempo determinado, siguiendo ciertas normas identificables con referencia a indicadores de salud. . (Referencia: adaptada del Glosario de Términos

usados en la serie Salud para Todos N°9, OMS, Ginebra, 1984).

Estilo de vida: son patrones de comportamientos identificables que componen una forma de vida, y que están determinados por la interacción de las características personales individuales, las sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Estos modelos de comportamiento están sujetos al cambio.

Factor de riesgo: involucran condiciones de vida sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes asociados con la probabilidad aumentada para una enfermedad específica o una salud deficiente.

Morbilidad: es la proporción de personas que adquieren patologías en un determinado lugar, en un tiempo específico en relación con la población total de ese lugar.

Mortalidad: es el número de fallecimientos que ocurren en una población específica a lo largo de un período establecido. La tasa o coeficiente de mortalidad calcula el número de fallecimientos por cada 1.000 personas en un año.

Prevalencia: es el número de casos que se encuentra en un momento de tiempo concreto, respecto a una patología o evento o característica de una población de-terminada.

Prevención de la enfermedad: son medidas que llevan como objetivo prevenir la aparición de patologías, reduciendo los factores de riesgo, para de esta manera detener su avance atenuando las consecuencias del establecimiento de la enfermedad. Existe prevención primaria, secundaria y terciaria. (adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984).

Síndrome de abstinencia: son un conjunto de signos y síntomas que desequilibran al individuo, desencadenados tras la interrupción brusca del consumo de la sustancia adictiva. El comienzo y la evolución de la abstinencia dependen del tipo de sustancia y de la dosis que era consumida previa a su abstinencia. Puede complicarse con convulsiones. Es un indicador de la dependencia a la sustancia.

Tolerancia: es cuando el organismo necesita dosis cada vez mayores de la misma sustancia Para causar un efecto similar.

Bibliografía

(La presente Bibliografía hace referencia a los textos marcados con su numeración en cada Capítulo, por lo que no es correlativa bibliográficamente hablando sino específica de cada capítulo)

Capítulo 1

Educación y Promoción de la Salud

1. Organización Mundial de la Salud. **Glosario de Promoción de la Salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
2. Piédrola Gil, G. **Medicina Preventiva y Salud Pública**. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1998.
3. Álvarez Pasquín, M.J. **Metodología en Educación para la Salud** [Internet]. Madrid: El médico interactivo, diario electrónico de la sanidad; 2003 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:
<http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/salud2.htm>
4. Sáinz Martín, M. **Educación para la Salud: libro del profesor**. Madrid: Proyecto de Investigación Educativa de "Educación para la Salud en el Medio Escolar". A.D.E.P.S. Hospital Universitario de San Carlos; 1982.
5. Instituto de la UNESCO para la Educación, editor. Promoción y Educación para la Salud. **Quinta Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas Confitea V**; 1997 Jul 14-18; Hamburgo: Instituto de la UNESCO para la Educación; 1997 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:
http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf
6. Costa, M. y López, E. **Educación para la Salud**. Barcelona: Pirámide; 2000.
7. Perea Quesada, R. **Educación para la Salud: reto de nuestro tiempo**. Madrid, España: Díaz de Santos, S.A.; 2004.
8. Sáinz Martín, M. y Ramírez de Molina, V. **Guía de consejos para pacientes**. Madrid, España: Defensor del paciente; 2006.
9. Valadez Figueroa I., Villaseñor Farías M, y Alfaro Alfaro N. **Educación para la Salud: la importancia del concepto**. Revista de Educación y Desarrollo [en línea] Ene-Mar 2004 [citado 12 Sep 2011]; 43-8. Disponible en:
www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/edsal.pdf
- 10 y 13. Organización Mundial de la Salud. **Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud**; 21 Nov 1986; Ottawa, Canadá: OMS;

1986 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

11. Xtimeline. **Línea del tiempo proceso salud enfermedad** [Internet]. Famento; 2008-2009 [actualizado 5 Sep 2010; citado 12 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.xtimeline.com/timeline/linea-del-tiempo-proceso-salud-enfermedad>

12. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI** [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 1997 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm>

14. **Formación en Promoción y Educación para la Salud**. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, octubre 2003. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2004. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>

15. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª ed. Madrid, España: Espasa-Calpe; 2001.

Profesionales de la salud

1. Formación en Promoción y Educación para la Salud. **Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, octubre 2003. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2004.

2 y 6. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. **Documento técnico de consenso de la atención sanitaria en el tabaquismo: observatorio para la prevención del tabaquismo**. Madrid, España: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2008 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf

3. **Plan Foral de Acción sobre el Tabaco**. Cómo ayudar a su paciente a dejar de fumar: guía para el profesional de Salud. Navarra, España: Gobierno de Navarra; 2001.

4. Organización Panamericana de la salud. 31 de mayo de 2005, **Día Mundial Sin Tabaco 2005**. Washington: Organización Panamericana de la salud; 2005 [citado 12 Sep 2011]. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/wntd05.htm>

5. Organización Mundial de la Salud. **Comunicados de prensa 2005**. La OMS insta a los profesionales de la salud a participar en la lucha contra el tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 30 May 2005 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr22/es/index.html>

7. Tobacco Free Initiative. **Communications and media**. World No Tobacco Day 2005: rationale. WHO; 2011 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:

<http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/rationale/en/index1.html>

8. Internacional Primary Care Respiratory Group. Tackling the smoking epidemic. IPCRG **International guidance on smoking cessation in primary care**. Escocia: danzigdesigns.com; 2002-2008 [actualizado 21 Jul 2011; citado 12 Sep 2011].

Disponible en: <http://www.theipcr.org/smoking/index.php>

9. Planchuelo, M.A. **Los profesionales de la salud en el control del tabaquismo**. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. El control del tabaco. Madrid: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social; 2006. p. 165-206

10. Rodríguez Sendín, J.J. **Ambientes libres de humo: El compromiso de los médicos**. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. El control del tabaco. Madrid: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social; 2006. p. 239-42

11. Carrasco Asenjo, M, ed. **Plan de formación individualizado, guía del residente**. 1ª ed. Madrid: Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Comunidad de Madrid; May 2008.

12. Margolles M, y Donate, I. Informe breve. **Encuesta de Salud para Asturias 2008**. Consumo de tabaco II. Asturias: Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias; Ago 2009.

Capítulo 2

Legislación

1. **Constitución española, Título I, Capítulo III, artículo 43**. BOE, de 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313-29424.

2. **España. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad**. BOE, 29 de abril de 1986, núm. 101.

3. **España. Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. BOE, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126-40132.

4. Federación de Sanidad de Andalucía. **Constitución española y Ley General de sanidad. Temario Constitución española y Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de Abril**. Andalucía: Federación de Sanidad de Andalucía.

Campañas Preventivas

1. World Health Organization. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco**. Geneva, Switzerland: World Health Organiza-

tion; 2011.

2. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. **Notas de prensa. Un estudio elaborado por profesionales sanitarios comprueba la efectividad de las campañas antitabaco. Castilla La Mancha: Diario oficial Castilla-La Mancha**; 22 jun 2003[citado 12 Sep 2011]. Disponible en:

<http://www.jccm.es/web/es/CastillaLaMancha/index/notaPrensa1212668636043np/1193043084902.html>

3. Feltracco, A, y Gutiérrez, K. **Paquete de herramientas para el desarrollo de campañas: Una guía internacional para planificar e implementar campañas para dejar de fumar**. Brantford, Canadá, ON: Diálogo Global para Campañas Efectivas para Dejar de Fumar; 2007[citado 12 Sep 2011].

Disponible en: <http://www.stopsmokingcampaigns.org/spanish>

4-18

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. **Protección de la salud Tabaco. Campañas de sensibilización**. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:

<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/campanas.htm>

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. **Protección de la salud. Tabaco**. 31 de Mayo Día Mundial sin Tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:

<http://www.msps.es/en/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/diaMsinTabaco.htm>

- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. **XII Semana sin Humo: No sigas ese tren, ¡Desengánchate!** Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; May 2011[citado 12 Sep 2011]. Disponible en:

<http://www.semanasinhumo.es/>

- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). **Día Mundial Sin Tabaco**; 2011 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:

www.rompetabaco.es

- Infodrogas, **Información y Prevención sobre Drogas. Día Mundial sin Tabaco**. La Rioja: Rioja Salud; 14 May 2008 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:

<http://www.infodrogas.org/dia-mundial-sin-tabaco>

- Pfizer, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Cardiología. **Nota de prensa. La Campaña ¡Ahora sí! Informará a los ciudadanos, formará a profesionales sanitarios y ofrecerá ayuda a los fumadores para dejar de fumar**. Madrid: Pfizer, S.L.U.; 17 feb 2011[citado 12 Sep 2011]. Disponible en:

https://www.pfizer.es/salud/campana_ahora_si_informara_ciudadanos_formara_profesionales_sanitarios_ofrecera_ayuda_fumadores_dejar_fumar.html

- Iniciativa Liberarse del tabaco. **Comunicaciones y medios de difusión. Días Mundiales Sin Tabaco precedentes.** OMS; 2011[citado 12 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud. **Medidas efectivas para el control del tabaco.** Washington: Organización Panamericana de la salud; 02 Dic 2010 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1350&Itemid=1233

Capítulo 3

Epidemiología del tabaquismo

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. En el atlas de la OMS se **cartografía la epidemia mundial del tabaquismo.** GINEBRA 15 DE OCTUBRE DE 2002. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr82/es/index.html>
2. López, AD., Collishaw, NE, and Piha, T. **A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries.** Tobacco Control, 1994; 3:242-247.
3. Mackay, J, and Eriksen, M. **The Tobacco Atlas.** World Health Organization, 2002. London.
4. Organización Mundial de la Salud. **Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008. Plan de medidas MPOWER. Sin humo y con vida MPOWER.** Organización Mundial de la Salud, 2008. Ginebra.
5. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. World Health Organization 2011. **Geneva Appendix VII: age-standardized prevalence estimates for smoking,** 2009. Disponible en: http://www.who.int/entity/tobacco/global_report/2011/appendix_vii/en/index.html
6. Kaiser, S, and Gommer, AM (RIVM). **The tobacco epidemic.** In: EUPHIX, EUphact. Bilthoven: RIVM, <<http://www.euphix.org>> EUphact\ Determinants of health\ Health behaviours\ Smoking, 7 February 2008. European Union Public Health Information System (EUPHIX), version 1.11, 17 December 2009. Disponible en: http://www.euphix.org/object_document/o4610n27423.html
7. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. World Health Organization 2011. **Geneva Appendix IX: global youth tobacco survey data.** Disponible en: http://www.who.int/entity/tobacco/global_report/2011/appendix_ix/en/index.html
8. Warren, CW., Sinha, DN., Lee, J., Lea V, and Jones, NR. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: **cross-country**

data from the Global Health Professions Student Survey(GHPSS), 2005-2008. BMC Public Health. 2011, 11:72.

9. World Health Organization. **10 facts on second-hand smoke.** December 2009. WHO, 2011. Web site. Disponible en:

<http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/en/>

10. Öberg, M., Jaakkola, MS., Woodward, A., Peruga, A, and Prüss-Ustün, A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: **a retrospective analysis of data from 192 countries.** Lancet. 2011 Jan 8;377(9760):139-46

11. World Health Organization. **Tobacco Free Initiative (TFI).** GATS (Global Adult Tobacco Survey). WHO, 2011. Sede web. Disponible en:

<http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/>

12. Fact sheet- **Exposure to second-hand smoke.** Egypt: Global Adult Tobacco Survey. World Health Organization 2011. Disponible en:

[http://www.who.int/tobacco/surveillance/fact_sheet_of_gats_egypt_exposure_second-hand-smoke_tobacco_2009\(6\).pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/fact_sheet_of_gats_egypt_exposure_second-hand-smoke_tobacco_2009(6).pdf)

13. **Fact Sheet India: 2009-2010.** Global Adult Tobacco Survey (GATS). World Health Organization, 2011. Disponible en:

http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_india_gats_fact_sheet.pdf

14. **Fact Sheet China: 2010.** Global Adult Tobacco Survey (GATS). World Health Organization, 2011. Disponible en:

http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_china_gats_factsheet_2010.pdf

15. 2009 Philippines' GATS Global Adult Tobacco Survey. **Exposure to Second-Hand Smoke. World Health Organization, 2011.** Disponible en:

http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats_philippines_fact_sheet.pdf

16. **Fact Sheet Brazil 2008.** Global Adult Tobacco Survey (GATS). World Health Organization, 2011. Disponible en:

http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats_factsheet_brazil.pdf

17. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009. **Consecución de ambientes libres de humo de tabaco.** Organización Mundial de la Salud, 2010. Ginebra.

18. Kaiser, S, and Gommer, AM (RIVM). Smoking - Occurrence. In: EUPHIX, EUphact. Bilthoven: RIVM, <<http://www.euphix.org>> EUphact\ **Determinants of health\ Health behaviours\ Smoking, 22 May 2008.** EUPHIX, version 1.11, 17 December 2009 Smoking Occurrence. The tobacco epidemic in the EU is evolving. Disponible en:

http://www.euphix.org/object_document/o4748n27423.html

19. World Health Organization. Tobacco. **4 countries release data on exposure to second-hand smoke.** Geneva. 2011. Web. Disponible en:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/new>

20. World Health Organization. Tobacco. **Key findings on second-hand smoke**. Página web. Disponible en:
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/new>
21. Fernández, E., Schiaffino, A, y Borrás, JM. **Epidemiología del tabaquismo en Europa**. *Salud Pública Mex* 2002;44 supl 1:S11-S19. 22 World Health Organization Regional Office for Europe. The European Tobacco Control Report 2007. World Health Organization 2007. Copenhagen.
23. Wirth, N., Abou-Hamdan, K., Spinosa, A., Bohadana, A, and Martinet, Y. **Passive smoking**. *Rev Pneumol Clin*. 2005 Feb;61(1 Pt 1):7-15.
24. Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de la salud: Cifras relativas Consumo de Tabaco. Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad**. Población de 16 y más años. INE 2011. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p420/a2009/p06/l0/&file=04001.px&type=p-caxis&L=0>
25. Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de la salud: Cifras relativas Consumo de Tabaco. Consumo de tabaco según sexo y comunidad autónoma**. Población de 16 y más años. INE 2011. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p420/a2009/p06/l0/&file=04003.px&type=p-caxis&L=0>
26. Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Edad Media (en años) de inicio de consumo de tabaco de los fumadores diarios. INE 2006. Media y desviación típica según sexo y grupo de edad**. INE 2011. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
27. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **Informe de la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008**. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGP-NSD). Madrid 2009.
28. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. **Encuesta Europea de Salud en España. Año 2009**. Notas de prensa. Madrid, Noviembre 2010. 29 Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta Europea de Salud en España 2009. Determinantes de la salud: Cifras relativas.Exposición al humo del tabaco dentro de su casa según sexo y comunidad autónoma. Población de 16 y más años**. INE 2011. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p420/a2009/p06/l0/&file=05003.px&type=p-caxis&L=0>

30. Banegas, JR., et al. **Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006**. Med Clin (Barc). 2010.

Capítulo 4

Enfermedades producidas por el tabaco

1. Dirección General de Salud Pública. **Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid**. Madrid: Consejería de Sanidad; 2002 (Documento de trabajo).
2. Grupo de Trabajo del Tabaco. **Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo: 2002-2006**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
3. Solano, S., Granda, J.I., García-Tenorio, A de., y Vaquero, P. **Efectos nocivos del tabaco sobre la salud. Utilización de la patología del tabaco como factor de motivación en fumadores enfermos**. En: M. Barrueco Ferrero; MA Hernández Mezquita; M. Torrecilla García. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 4ª Ed. Badalona: E.U.R.O.M.E.D.I.C.E., Ediciones Médicas, S.L.; 2009. p.23-52.
4. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. T. Salvador Llivina, R. Córdoba García, M.A. Planchuelo Santos, M. Nebot Adell, E. Becoña Iglesias, M. Barrueco Ferrero, J.A. Riesco Miranda. **Guía tabaco del Ministerio de España, Se puede dejar de fumar, claves para conseguirlo**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:
<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/guiaTabaco.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. **Cartel con versión actualizada del cuerpo del fumador** aparecido en la revista COLORS, número 21, jul-ago 1997. Ginebra: NMH Communications; 2001.
9. López Palacios S, Escortell Mayor E, eds. Documento Técnico de Salud Pública. **Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del área 3**. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2003 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:
<http://www.publicaciones-isp.org/productos/dt80.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: **Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo**. Ginebra, Suiza: OMS; 2008 [citado 12 Sep 2011]. Disponible en:
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf
20. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: **warning about the dangers of tobacco**. Geneva: WHO; 2011. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf

22. World Health Organization. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.** Geneva: WHO; 2010.

Disponible en:

www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf

Disponible en formato online en:

<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

23. Nerón I., Jané M. **Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género.** Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Capítulos 5 y 6

Un modelo de TDT y Experiencia práctica de un TDT

1. Escuela Colombia. **Talleres.** Disponible en:

<http://escuelacolombia.atarraya.org/Talleres/index.htm>

2. Gerza. Director General: Lic. Gerardo Zavala Rivapalacio. **Dinámicas de grupo. Técnicas. Taller de trabajo.**

Disponible en:

<http://members.fortunecity.com/dinamico/articulos/art100.htm>

3. Wikipedia, la enciclopedia libre. **Voluntad.** 2011 [actualizada 4 nov 2011]. Disponible en:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Voluntad>

4. Wikipedia, la enciclopedia libre. **Autoeficacia.** 2011 [actualizada 9 sep 2011]. Disponible en:

http://es.wikipedia.org/wiki/Albert_Bandura

5. Monografías.com S.A. **Autoestima.** Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos5/autoest/autoest.shtml#autoestima>

ADENDA

(FICHAS Y CUESTIONARIOS)

CUESTIONARIO PARA APUNTARSE AL TDT

Fecha Día Mes Año Hora

Nombre M V Edad

Teléfono contacto mañanas

PT Profesión Destino Pt^a Ala Turno

US Profesión Lugar de trabajo

¿Cómo se enteró de nuestro Taller?

¿A qué centro de salud pertenece? ¿A7?

¿Cuántos cigarrros fuma actualmente?

¿Está en tratamiento por: Stress, Ansiedad, Depresión , u otro problema Psiquiátrico? No

Si Patología / Medicación
Patología / Medicación

Para la S1 traer informe del

¿Toma alguna medicina?

No

Si Patología / Medicación
Patología / Medicación
Patología / Medicación
Patología / Medicación

Para la S1 traer informe del

Observaciones Cuestionario

Observaciones llamada telefónica para informar del inicio del TDT

Fecha S1 Vendra? Horario elegido para las SS

HISTORIA PERSONAL

Redondear su respuesta, o bien, poner la respuesta dentro del recuadro en blanco

NOMBRE Y APELLIDOS

M V Edad

ESTADO CIVIL

Soltero Casado/vive con su pareja Viudo Separado/divorciado Otro

¿Su pareja fuma? No Si ¿Convive con personas que fuman? No Si

ESTUDIOS

Ninguno No sabe leer ni escribir

Primarios NO acabados SI acabados

Medios NO acabados SI acabados *Bachillerato FP*

Superiores Diplomado Graduado Licenciado
Experto Master Doctorado

TITULACIÓN ACADÉMICA

Diplomado/Graduado

Licenciado

Experto

Master

Doctorado

Otro

Profesión

Empresa o Lugar de trabajo

Domicilio

Nm

Piso

Puerta/Letra

Escalera

Población

Provincia

CP

Teléfono de contacto (solo mañanas)

Centro de Salud donde tiene su médico de cabecera

Se enteró del taller para dejar de fumar por

1 RESPONDA ESTA PREGUNTA SABIENDO QUE: 1 es ninguna y 5 es muchísima

NECESIDAD de dejar de fumar

1 2 3 4 5

DIFICULTAD para dejar de fumar

1 2 3 4 5

2 ¿A qué edad empezó a fumar cigarrillos? años

3 ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Marca

Rubio Negro

Precio del paquete

euros

Gasto diario en tabaco

euros

4 Además de cigarrillos, ¿qué otra forma de tabaco fuma? Ninguna

Además de cigarrillos, fumo

5 Ponga el número de veces que ha intentado dejar el tabaco

6 ¿Qué método ha utilizado para dejar el tabaco? Ninguno Voluntad Parches de Nicotina
 Chicles de Nicotina Medicación Hipnosis Acupuntura Naturopatía
 Otro

7 Su motivo para dejar el tabaco ahora es Consejo médico Molestias Disminución del rendimiento personal
 He decidido dejar de fumar Otro

8 ¿De quien cree que va a tener mas ayuda para dejar el tabaco? Familia Amigos
 Compañeros de trabajo Taller Mi voluntad Otro

9 En los últimos 3 meses, ha tenido alguna enfermedad grave de
 Corazón No Si, he tenido
 Pulmón No Si, he tenido

10 Ponga un circulo alrededor de las enfermedades que padece

Stress Medicinas que toma

Ansiedad Medicinas que toma

Depresión Medicinas que toma

Hipertensión arterial (Tensión arterial alta) Medicinas que toma

Diabetes Medicinas que toma

Hipercolesteronemia (colesterol alto) Medicinas que toma

Ulcus (úlceras de, estómago, esófago etc) Medicinas que toma

Cardiovascular (corazón o circulación) ¿Cuál?
 Medicinas que toma

Dermatológica (enfermedades de la piel) ¿Cuál?
 Medicinas que toma

Orofaringea (enfermedades de la boca y/o garganta) ¿Cuál?
 Medicinas que toma

Otras
 Medicinas que toma
 Medicinas que toma
 Medicinas que toma

11 SOLO MUJERES ¿Está embarazada? No Si **¿Está en periodo de lactancia?** No Si

¿QUÉ TIPO DE FUMADOR ES USTED?

Nombre y apellidos

TDI

Nm Año

Contestar todas las preguntas, poniendo un círculo alrededor de su respuesta

Fumo cigarrillos para no decaer	A	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
La ceremonia de encender un cigarrillo, forma parte del placer de fumar	B	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Fumar cigarrillos es agradable, y ayuda a relajarse	C	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Encendiendo un cigarrillo cuando estoy enfadado por algo	D	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Cuando me quedo sin cigarrillos casi no lo puedo soportar hasta que consigo otros.	E	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Fumo cigarrillos de forma automática, sin ser consciente de lo que estoy haciendo	F	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Fumo cigarrillos para animarme, para estimularme	G	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Parte del placer de fumar un cigarrillo reside en los pasos que hay que dar para encenderlo.	H	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Encuentro los cigarrillos agradables	I	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Cuando algo me hace sentir intranquilo o descontento, enciendo un cigarrillo.	J	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
En cuanto no estoy fumando un cigarrillo soy plenamente consciente de ello.	K	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que todavía tengo otro encendido en el cenicero.	L	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Fumo cigarrillos para darme una subida.	M	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Parte del placer de fumar consiste en contemplar el humo del cigarrillo.	N	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Cuando más me apetece un cigarrillo, es cuando estoy cómodo y relajado	O	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Fumo cigarrillos cuando estoy deprimido, o quiero olvidarme de los problemas y preocupaciones.	P	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Cuando he estado sin fumar un rato siento una gran ansiedad por fumar otro cigarrillo.	Q	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)
Me he encontrado con un cigarrillo en la boca, sin ser capaz de recordar cuando me lo he puesto.	R	SIEMPRE (5)	CON FRECUENCIA (4)	DE VEZ EN CUANDO (3)	RARA VEZ (2)	NUNCA (1)

TEST DE FAGERSTRÖM: "DEPENDENCIA A LA NICOTINA". Contestar todas las preguntas. Poner una X en la casilla de su respuesta

1 ¿Cuántos cigarrros fuma al día?

10 o menos ⁽⁰⁾

11 a 20 ⁽¹⁾

21 a 30 ⁽²⁾

31 o más ⁽³⁾

2 ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarro?

Menos de 5 minutos ⁽³⁾

De 6 a 30 minutos ⁽²⁾

De 31 a 60 minutos ⁽¹⁾

Más de 60 minutos ⁽⁰⁾

3 ¿Fuma más por las mañanas?

Si ⁽¹⁾

No ⁽⁰⁾

4 ¿Tiene dificultad para no fumar en los lugares en que está prohibido?

Si ⁽¹⁾

No ⁽⁰⁾

5 ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?

Si ⁽¹⁾

No ⁽⁰⁾

6 ¿Qué cigarro le produce mayor satisfacción?

El primero del día ⁽¹⁾

Otros ⁽⁰⁾

CONTRATO DE SALUD

*Don/Do
ña*

Como participante de este Taller xx de xxxx, me comprometo ante el resto de los asistentes y coordinadores, a aceptar los puntos siguientes:

1. Acudir sin falta el día y la hora de las **Sesiones del Taller**.
2. Cumplimentar el **Autorregistro** del consumo de cigarrillos.
3. Disminuir el número de cigarrillos fumados, según lo acordado en la 2ª sesión del Taller, y aceptar el **“Día Cero”** (dejar de fumar en la 3ª semana).
4. Llevar a cabo un **Plan de recompensas**, por el cumplimiento de las diferentes etapas para dejar de fumar, a través de la **“Hucha Antitabaco”** o el **“Calendario-Salud”**
5. En caso de incumplimiento de la **Tarea**, informaré de mis dificultades a mi **Coordinador o Coordinadora de Salud**.
6. Intentaré recordar los **consejos**, y practicaré las **técnicas** aprendidas para dejar de fumar.
7. Aunque consiga pronto el objetivo de no fumar, seguiré asistiendo a todas las **Sesiones**, para ayudar a los demás participantes.
8. Contaré a todos (familia, amigos, mi jefe), que intento dejar de fumar, para que colaboren conmigo.
9. Me comunicaré con mi **Coordinador o Coordinadora de Salud**, siempre que lo necesite, y colaboraré con todos los medios a mi alcance para tener una vida personal más sana.
10. Informaré de mi hábito personal cuando lo requiera mi **Coordinador o Coordinadora de Salud**, durante las Sesiones; y a los tres, seis y doce meses de finalizarlas.

Firmado por: _____

Pie de firma:

En Madrid a XX de XXXXXXXXX de 20XX

TALLER DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

TDT-X de xxxx: xxxxxx-xxxxxx

¿Dónde se imparten las Sesiones del Taller?

¿Qué días se imparten las Sesiones del Taller?

SESIÓN 1

SESIÓN 2

SESIÓN 3

SESIÓN 4

SESIÓN 5

SESIÓN 6

RECOMENDACIONES:

- Si tiene correo electrónico, envíenos un mensaje con su nombre, apellidos y fecha de la Sesión 1 (arriba) al correo que se indique.
- De esta manera, en caso de no poder asistir de forma presencial a alguna sesión, podremos enviarle la documentación correspondiente por correo electrónico.
- Les recordamos que no asistir a 2 o más sesiones sin justificar, será entendido como "abandono del taller", por tanto no procederemos al seguimiento telefónico programado de los 3, 6 y 12 meses.

DÍA 1º: TALLER				Fecha			
Nm	Valor	Hora		Nm	Valor	Hora	
1				26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				50			

DÍA SEGUNDO				Fecha			
Nm	Valor	Hora		Nm	Valor	Hora	
1				26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				50			

DÍA TERCERO				Fecha			
Nm	Valor	Hora		Nm	Valor	Hora	
1				26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				50			

DÍA CUARTO				Fecha			
Nm	Valor	Hora		Nm	Valor	Hora	
1				26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				50			

Dejar de fumar
! No es imposible !



Aprender a apreciar los
cambios positivos
experimentados al dejar el
tabaco



No piense que estará toda la
vida sin fumar.
Céntrese solo en no fumar hoy
! Cada día su afán !



Comer sano: alimentos bajos
en calorías, frutas y verduras.
Picotear (chicle o caramelos sin
azúcar). Beber mucho agua y
zumos naturales

DÍA QUINTO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		



Replítese los motivos que le han llevado a dejar el tabaco. Píense en los beneficios de no fumar

DÍA SEXTO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		



Haga algún ejercicio, no esté ocioso, manténgase ocupado y activo

DÍA SÉPTIMO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		



Es mayor su voluntad, que las ganas de fumar (esta solo dura unos instantes)
NO CEDA, USTED TAMBIÉN PUEDE VIVIR SIN TABACO



MEDICINA PREVENTIVA
Unidad de Educación PARA LA Salud (U.Eps)

NOMBRE

APELLIDO 1

APELLIDO 2

Coordinadora
su teléfono es

VALORAR QUE SENSACIÓN PERCIBE CON CADA CIGARRILLO QUE FUMA Y LA HORA DE FUMAR (anotar en casilla valor y hora)

Fatal	F
Malestar	M
Bienestar	B
Aurrado	A
Placer	P



Si me extravió envíame a :Medicina Preventiva, Unidad de Eps.

Teléfono: 91 330 36 87

COMO PUNTUAR EL TEST “TIPO DE FUMADOR”

RESULTADO DEL TEST DE FAGERSTRÖM

Nombre

Taller

Hist

1. Escribir los números redondeados en el test, sobre las letras correspondientes (A, G, M etc.)
2. Sumar los números resultantes de cada fila, así A+G+M = puntuación de Estimulación
3. Resultados iguales o inferiores a **7 son resultados bajos**
4. Resultados iguales o superiores a **11 son altos**
5. Los resultados oscilan entre 3 y 15

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{} & + & \boxed{} & + & \boxed{} & = & \boxed{} \\ \mathbf{A} & & \mathbf{G} & & \mathbf{M} & & \text{Estimulación (Es)} \end{array}$$

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{} & + & \boxed{} & + & \boxed{} & = & \boxed{} \\ \mathbf{B} & & \mathbf{H} & & \mathbf{N} & & \text{Manipulación (Ma)} \end{array}$$

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{} & + & \boxed{} & + & \boxed{} & = & \boxed{} \\ \mathbf{C} & & \mathbf{I} & & \mathbf{O} & & \text{Relajación con placer (Rp)} \end{array}$$

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{} & + & \boxed{} & + & \boxed{} & = & \boxed{} \\ \mathbf{D} & & \mathbf{J} & & \mathbf{P} & & \text{Reducción tensión emocional (Rt)} \end{array}$$

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{} & + & \boxed{} & + & \boxed{} & = & \boxed{} \\ \mathbf{E} & & \mathbf{K} & & \mathbf{Q} & & \text{Adicción psicológica (Ad)} \end{array}$$

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{} & + & \boxed{} & + & \boxed{} & = & \boxed{} \\ \mathbf{F} & & \mathbf{L} & & \mathbf{R} & & \text{Hábito (Ha)} \end{array}$$

Fagerström

0-1: dependencia muy baja

2-3: dependencia baja

4-5: dependencia moderada

6-7: dependencia alta

8-10: dependencia extrema

Resultados del Test “Tipo de fumador” y Fagerström

Nombre y apellidos

TDT.nm: Hist.:

Resultados iguales o inferiores a 7 son bajos

Resultados iguales o superiores a 11 son altos

ESTIMULACIÓN:

Piensa que el tabaco le sirve para despertarle, animarle u organizar sus energías y mantenerle funcionando

Para dejar el tabaco necesita un sustituto: ante la necesidad de fumar, camine o haga ejercicio moderado

MANIPULACIÓN:

Precisa tener las manos ocupadas, manipular cosas y jugar con ellas

Juegue con bolígrafos, lapiceros, pelotas, u otros objetos pequeños. Cómprase una pipa de plástico, chúpela, juegue con ella

RELAJACIÓN CON PLACER:

No siempre es fácil distinguir si fuma para sentirse bien, porque obtiene placer con el cigarro, o para no sentirse mal. Si hace una reflexión profunda, sobre los efectos perjudiciales del tabaco, no le resultará tan difícil dejar el tabaco

Substituya el tabaco por comida ligera y baja en calorías (fruta), beba zumos, agua en abundancia, y bebidas naturales. Haga ejercicio físico moderado (por ejemplo caminar a paso ligero), tenga actividades sociales. Procure estar lo menos ocioso posible

REDUCCIÓN DE LA TENSIÓN EMOCIONAL:

Fuma cuando está tenso, inquieto, preocupado o nervioso. El cigarro le tranquiliza, y esto a veces funciona

Recuerde siempre que es usted el que soluciona el problema y no el cigarro. Substituya el tabaco por comida ligera y baja en calorías (fruta), beba zumos, agua en abundancia, y bebidas naturales. Haga ejercicio físico moderado (por ejemplo caminar a paso ligero),

ANSIA O ADICCIÓN PSICOLÓGICA:

Siente “hambre de tabaco”. Le resulta muy difícil dejar de fumar. Cuando apaga el cigarro, y está pensando en encender otro

DEJE EL TABACO DE FORMA RADICAL, NO LE VALE DISMINUIR EL NUMERO DE CIGARROS. La sensación de ansiedad y angustia pasa.

RECUERDE QUE SI CAE EN LA TENTACIÓN DE VOLVER A FUMAR TENDRÁ QUE PASAR DE NUEVO POR LA MISMA TORTURA

HÁBITO:

No todos los cigarros son placenteros, Muchos se fuman de forma automática, y sin recordar cuando los encendió. Hay veces que se encuentra con un cigarro en la boca, y no recuerda cuando lo encendió

Rompa el automatismo del tabaco, cambie la cajetilla de sitio. Ante las ganas de fumar pregunte ¿realmente quiero este cigarro?. Así será consciente de cada cigarro fumado. Posteriormente disminuya el número de cigarros

FAGERSTRÖM:

0-1: dependencia muy baja

2-3: dependencia baja

4-5: dependencia moderada

6-7: dependencia alta

8-10: dependencia extrema

Coordinadora _____ - Teléfono:

CONSEJOS

(2ª SS)

1. Piense cuales son sus razones para dejar de fumar.
2. Haga una lista de estos motivos.
3. Piense si estas razones son importantes para usted, el esfuerzo que debe hacer será más llevadero
4. Lea esta lista varias veces al día. Piense en su significado y asegúrese de que son razones realmente importantes para usted
5. Comunique a las personas cercanas, con las que vive o se relaciona habitualmente, que va a dejar de fumar. Pídale colaboración
6. Ante la necesidad imperiosa de fumar:
 - ☞ Mire el reloj y espere medio minuto, verá como el deseo ha desaparecido
 - ☞ Relájese, aprenda a llenar sus pulmones de aire (y no de humo)
 - ☞ Retenga el máximo posible el aire en sus pulmones, y expúlselo lentamente
 - ☞ Beba un vaso de agua, o zumo natural; coma una fruta
 - ☞ Tenga a mano algo para picar, escogiendo alimentos bajos en calorías (fruta, chicle sin azúcar, caramelos sin azúcar, etc.)
7. Evite en la medida posible el consumo de alcohol y cafeína
8. Cambie el paquete de cigarrillos del sitio habitual, así evitará el automatismo, y valorará si verdaderamente necesita ese cigarrillo
9. Abra una hucha: comience a introducir el dinero que va ahorrando. Piense en premio concreto, o un autorregalo. Calcule cuantos cigarrillos necesitará dejar de fumar para poder comprarlo
10. No acepte ofrecimientos de cigarrillos. De una respuesta positiva: “no gracias, estoy dejando de fumar”
11. En momentos de tensión o crisis, respire profundamente, intente relajarse. Piense que es usted quien resuelve el problema, y no el tabaco.
12. Recuerde: la necesidad de fumar no es eterna, solo dura unos instantes. Si resiste, habrá podido más que ese cigarrillo.
13. No piense que tendrá que estar toda la vida sin fumar. Preocúpese solamente del momento presente, piense: “hoy no voy a fumar”, mañana ¿quién sabe lo que sucederá?

CONSEJOS - 2ª SS

- 1 Piense cuales son sus razones para dejar de fumar, y **haga una lista** de estos motivos. Cuanto más importantes sean estas razones para dejar de fumar, más llevadero será el esfuerzo. **Lea esta lista varias veces al día.**
- 2 Comunique a las personas cercanas, con las que vive o se relaciona habitualmente, que va a dejar de fumar. Pídale colaboración
- 3 Ante la necesidad imperiosa de fumar:
 - ☞ **Mire el reloj y espere medio minuto, verá como el deseo ha desaparecido**
 - ☞ **Relájese, aprenda a llenar sus pulmones de aire (y no de humo)**
 - ☞ **Retenga el máximo posible el aire en sus pulmones, y expúlselo lentamente**
 - ☞ **Beba un vaso de agua, o zumo natural; coma una fruta**
 - ☞ **Tenga a mano algo para picar, escogiendo alimentos bajos en calorías (fruta, chicle sin azúcar, caramelos sin azúcar, etc.)**
- 4 Evite en la medida posible el consumo de alcohol y cafeína
- 5 Cambie el paquete de cigarrillos del sitio habitual, así evitará el automatismo, y valorará si verdaderamente necesita ese cigarrillo
- 6 Abra una hucha: comience a introducir el dinero que va ahorrando. Piense en premio concreto, o un **autorregalo**. Calcule cuantos cigarros necesitará dejar de fumar para poder comprarlo
- 7 No acepte ofrecimientos de cigarrillos. De una respuesta positiva: **“no gracias, estoy dejando de fumar”**
- 8 En momentos de tensión o crisis, respire profundamente, intente relajarse. **Piense que es usted quien resuelve el problema**, y no el tabaco.
- 9 Recuerde: **la necesidad de fumar no es eterna**, solo dura unos instantes. Si resiste, habrá podido más que ese cigarrillo.
- 10 No piense que tendrá que estar toda la vida sin fumar. Preocúpese solamente del momento presente, piense: **“hoy no voy a fumar”, mañana ¿quién sabe lo que sucederá?**

CALENDARIO-SALUD

Año

Marca con una X cada día que no compras tabaco. Cuenta el número de X por mes y ponlo debajo de la casilla "X". Multiplica por el "GD" o gasto diario en tabaco. Obtendrás como resultado el dinero que has ahorrado al no comprar tabaco.

Nombre y apellidos

Fuma

Cigarros/d Marca

Gasto diario (GD)

euros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	"X"	GD	AHORRO					
ENERO																																							
FEBRERO																																							
MARZO																																							
ABRIL																																							
MAYO																																							
JUNIO																																							
JULIO																																							
AGOSTO																																							
SEPTIEMBRE																																							
OCTUBRE																																							
NOVIEMBRE																																							
DICIEMBRE																																							
TOTAL																																							

LISTA DE RAZONES PARA DEJAR DE FUMAR



Motivos por los que quiero dejar de fumar

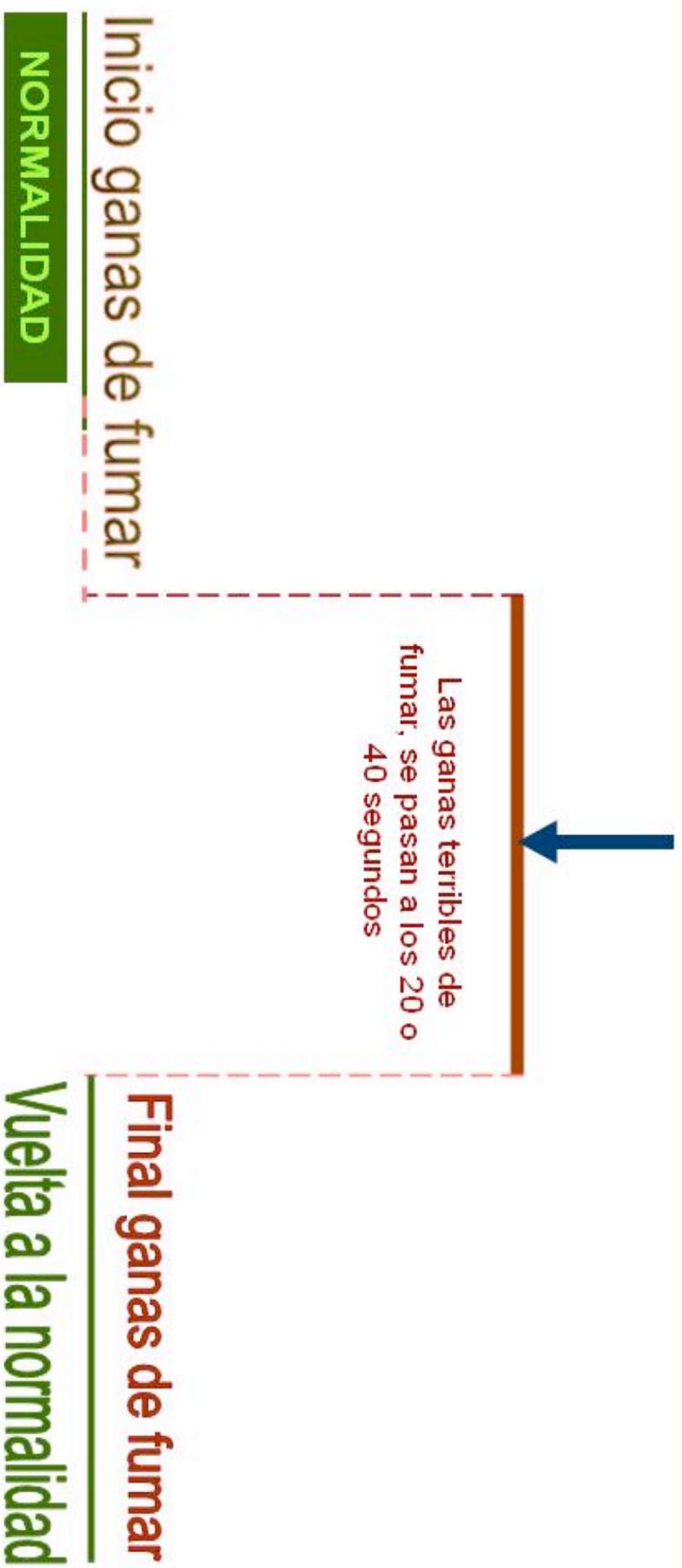
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Motivos por los que no quiero dejar de fumar

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

GANAS DE FUMAR (CRAVING)

- Son esas ganas terribles de fumar, dura entre 20 y 40 segundos.
- **Se puede superar.**
- Seguir los consejos, practicar las técnicas que enseñamos en el Taller.
- Recordar que a los 10 o 15 días, el “mono” físico desaparece.



DÍA 1º: TALLER			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

DÍA SEGUNDO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

DÍA TERCERO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

DÍA CUARTO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

Dejar de fumar
! No es imposible !



Aprender a apreciar los
cambios positivos
experimentados al dejar el
tabaco



No piense que estará toda la vida
sin fumar.
Céntrese solo en no fumar hoy
! Cada día su afán !



Comer sano: alimentos bajos en
calorías, frutas y verduras.
Picotear (chicle o caramelos sin
azúcar). Beber mucho agua y
zumos naturales

DÍA QUINTO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		



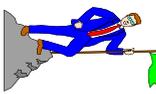
Reptase los motivos que le han llevado a dejar el tabaco. Piense en los beneficios de no fumar

DÍA SEXTO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		



Haga algún ejercicio, no esté ocioso, manténgase ocupado y activo

DÍA SÉPTIMO			Fecha		
Nm	Valor	Hora	Nm	Valor	Hora
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		



Es mayor su voluntad, que las ganas de fumar (esta solo dura unos instantes)
NO CEDA, USTED TAMBIÉN PUEDE VIVIR SIN TABACO



Hospital Clínico San Carlos



MEDICINA PREVENTIVA

Unidad de Promoción y Educación para la Salud

NOMBRE _____

APELLIDO 1 _____

APELLIDO 2 _____

Coordinadora _____

Teléfono 91 330 36 87

VALORAR QUÉ SENSACIÓN PERCIBE CON CADA CIGARRILLO QUE FUMA Y LA HORA DE FUMAR (anotar en casilla valor y hora)

- Fatal **F**
- Malestar **M**
- Bienestar **B**
- Agrado **A**
- Plecer **P**



Si me extravío envíame a :Medicina Preventiva, Unidad de Promoción y Educación para la Salud.
Teléfono: 91 330 36 87

TEST: Valoración de Síntomas de abstinencia

Taller x de xxxx

Nombre y apellidos: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Fecha: xx de xxxxxxxxx de xxxx

IMPORTANTE: contestar TODAS las preguntas, poniendo un círculo alrededor su respuesta

1	Ganas de fumar	(Gf)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
2	Irritabilidad, enfado	(Ir)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
3	Ansiedad	(An)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
4	Dificultad para concentrarse	(Dc)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
5	Inquietud, nerviosismo	(in)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
6	Cansancio	(Ca)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
7	Cefalea (dolor de cabeza)	(Cf)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
8	Somnolencia (estar adormilado)	(So)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
9	Estreñimiento	(Es)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
10	Sensación de hambre	(Ha)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾
11	Depresión, tristeza	(Dp)	Nada ⁽⁰⁾	Poco ⁽¹⁾	Regular ⁽²⁾	Mucho ⁽³⁾

Cigarros fumados en la semana

Jueves (día del Taller)	
Viernes	
Sábado	
Domingo	
Lunes	
Martes	
Miércoles	

CONSEJOS ESPECÍFICOS PARA DEJAR EL TABACO DE FORMA RADICAL (S3)

- Usted ha fumado durante muchos años, no piense que podrá dejar de fumar en un día, Dese tiempo y piense que se propone dejarlo completamente
- Fije un día determinado para dejar de fumar. Considere este día inaplazable bajo cualquier circunstancia. Procure que no sea un época de especial tensión, exceso de trabajo, grandes preocupaciones, etc.
- Desde ahora y hasta la fecha que se ha propuesto, empiece por no fumar de forma “automática”. Esto significa que antes de encender un cigarrillo, debe detenerse a pensar si es del todo imprescindible, o lo enciende por pura rutina. Para ello utilizará el “Autorregistro”
- Repase su lista de razones para dejar de fumar, y piense en cada una de ellas.
- La noche anterior tire todos los cigarrillos que todavía tenga. Esconda encendedores y ceniceros, de tal forma, que a la mañana siguiente no tenga a mano nada relacionado con el tabaco.
- Prepárese para asegurar en lo posible el éxito de su intento. Considere el día que va a iniciar es un día muy importante

EL DÍA QUE LO DEJA

- Considere este día como un día especial, concédale la importancia que merece. Procure descansar bastante la noche anterior
- Al despertarse, no piense que no volverá a fumar nunca más. Piense tan solo en que hoy no va a fumar, y que respetará esta decisión cada vez que tenga ganas de encender un cigarrillo
- Levántese con tiempo suficiente para tomar un ducha templada; pero hoy acabe su ducha con agua fría. Esto le ayudará a relajarse.
- Practique respiraciones profundas. Note como el aire entra en sus pulmones.
- Prepárese un desayuno especial, sobre todo que incluya zumo de naranja. La vitamina C le ayudará a eliminar más rápidamente la nicotina de su organismo.
- Durante unos días, en la comida y la cena, tome alimentos ligeros. Beba muchos líquidos (agua, zumos naturales). Las comidas copiosas le perjudicarán, al tender a disminuir los niveles de autocontrol, tan necesario en los primeros días
- Elimine temporalmente las bebidas alcohólicas, o que contengan cafeína, así como cualquier otra que acostumbre a ser compañera de su cigarrillo.
- Lávese los dientes inmediatamente después de comer cualquier cosa. Puede ser de gran ayuda ir este día al dentista, para limpiarse la boca: las sensaciones que acompañan a la limpieza de boca le ayudarán a sentirse mejor.
- Después de comer no se deje caer en la butaca para leer o ver TV. Levántese inmediatamente después de comer y haga algo: lave los platos, salga a pasear haga algo
- Preste atención a las actividades y situaciones en las que fumaba la mayor parte de los cigarrillos. Son las de más riesgo
- No se preocupe si hoy, o durante la semana, tiene que cambiar sus hábitos diarios. No se alarme, no será para siempre.
- Como regla general, durante unos días, manténgase todo lo activo y ocupado que pueda. Camine a buen ritmo, el ejercicio entretiene y relaja

PRIMEROS DÍAS SIN FUMAR

- Debe prepararse a conciencia para aguantar los primeros días sin fumar, sabiendo que cada vez le será más fácil permanecer como “No-fumador”
- No se preocupe por las “urgencias o deseos de fumar”. Es lógico, ya que durante los primeros días está eliminando nicotina. Este, es el origen de ese estado de nerviosismo y tensión emocional que siente
- Por fuerte que sea su dependencia, las ganas de fumar no son eternas. Al cabo de pocas semanas habrán desaparecido casi por completo. Los momentos difíciles cada día serán menos intensos y más espaciados.
- Evite situaciones de aburrimiento. No esté ocioso. Océpese de esas situaciones pendientes
- Siéntase orgulloso de haber sido capaz de dar el paso que muchos otros no pueden o no quieren dar
- Al dejar el tabaco los alimentos saben mejor, por ello algunas personas comen más y aumentan de peso. Los estudios demuestran que con una dieta equilibrada, la ganancia de peso en personas que dejan de fumar, no sobrepasa el kilo y medio. En cualquier caso algún kilo de más merece la pena, como pago a dejar de fumar,
- Esté atento y aprecie todos los cambios que inmediatamente se van a producir en usted, cuando deje el tabaco, ya que el organismo comienza a reparar el daño ocasionado por los cigarrillos

- ☺ Se sentirá más ágil
- ☺ Notará que respira mejor
- ☺ Disminuirá la tos, o desaparecerá por completo
- ☺ Se sentirá menos cansado
- ☺ Al subir escaleras o cuestas, o al andar, notará que no se fatiga tanto
- ☺ Recuperará el sentido del gusto y del olfato
- ☺ La piel de su rostro, envejecido y arrugado por el humo, recuperará su equilibrio natural
- ☺ Si no tenía ninguna enfermedad relacionada con el tabaco, disminuirá el riesgo de cáncer de pulmón, infarto de miocardio, enfisema, o bronquitis crónica
- ☺ Si tiene alguna enfermedad instaurada, por el consumo de tabaco (bronquitis etc.) aumentará la posibilidad de recuperación
- ☺ Las personas que conviven con usted, le agradecerán haberles liberado del humo, y del riesgo para la salud que tiene el fumador pasivo
- ☺ Tendrá la satisfacción de haber recuperado la dirección de una parte de su vida, que hasta ahora dependía del tabaco

Dieta de 1500 Kcal.

Hidratos de Carbono (CHO): 51.5% (192 g.); Proteínas: 20.5% (78g); Grasas: 28% (45,7 g.); Fibra: 33.5 g.

CANTIDAD DE ALIMENTOS A CONSUMIR DURANTE TODO EL DÍA

✓ Leche desnatada	500 cc.
✓ Carne	100 g.
✓ Pescado	150 g.
✓ Verdura	
✓ Fruta	400 g
✓ Pan (recomendado integral)	100 g.
✓ Aceite	30 cc.
✓ Mermelada sin azúcar	20 g.
✓ Bebidas y condimentos	los indicados

Elegir una de estas tres opciones

1. Fécula 100g
2. Legumbres 40g.
3. Pastas y cereales 40g.

PESOS MEDIDAS Y EQUIVALENCIAS

✓ Una taza	250 cc.
✓ Un vaso de agua	250 cc.
✓ Un plato de sopa	250 cc.
✓ Una cucharadita de azúcar	5 g.
✓ Una cucharada sopera de aceite	10 g.
✓ Una cucharada sopera de sémola	20 g.
✓ Una cucharada sopera de arroz, guisantes o garbanzos	25 g
✓ Una cucharada de puré de patata	50 g

EJEMPLO DE DISTRIBUCIÓN EN EL DÍA

Desayuno

- ✓ 200 cc de leche desnatada con té o café
- ✓ 30 g de pan
- ✓ 20 g de mermelada sin azúcar

Mediamañana

- ✓ Infusiones
- ✓ 100 g de fruta

Comida

- ✓ 40 g de pasta y cereales; o 40 g de legumbres (peso en crudo); o 100 g de fécula
- ✓ 100 g de carne
- ✓ 100 g de verdura
- ✓ 15 cc de aceite
- ✓ 20 g de pan
- ✓ 150 g de fruta

Merienda

- ✓ 150 cc. de leche desnatada con té o café.
- ✓ 30 g de pan

Cena

- ✓ 250 g de verdura
- ✓ 150 g de pescado
- ✓ 15 cc. de aceite
- ✓ 20 g de pan
- ✓ 150 g de fruta

Antes de dormir

- ✓ 150 cc. de leche desnatada; o un yogur desnatado

AUMENTAN CON LA COCCIÓN

- ✓ Las pastas: 4 veces
- ✓ Las legumbres: 3 veces

DISMINUYEN CON LA COCCIÓN

- ✓ Las acelgas y espinacas: 3 veces
- ✓ Las carnes: 30%
- ✓ Los pescados: 20%

NO SE MODIFICAN

- ✓ Patatas
- ✓ Zanahorias
- ✓ Judías verdes
- ✓ Coliflor
- ✓ Repollo

NOTA

*Arroz, pastas y legumbres se indican en peso crudo

*Resto de los alimentos se indican en peso cocinado.

*Los desnatados tienen la mitad de calorías que los enteros

ALIMENTOS PERMITIDOS

LECHE	Desnatada, desnatada enriquecida en calcio
YOGURES	Desnatados; Bio desnatados
QUESO	De Burgos; requesón; desnatado; petit suisse desnatado
JAMÓN Y EMBUTIDOS	Serrano (parte magra); York; fiambre de pavo
HUEVO	Entero, clara
PESCADOS	Lenguados; gallos, pescadilla, merluza, calamares, sepia, trucha, rape; salmonete; bacalao; conservas al natural; mariscos.
VERDURAS	Acelgas; espinacas; judías verdes; coliflor; coles de Bruselas; setas, champiñones; alcachofas; espárragos; grelos; puerros; remolacha; zanahoria; calabacín; guisantes; lechuga; tomate; apio; pepino; berro; cardo; endibia; escarola; rábanos; repollo; pimiento verde o rojo; lombarda, nabos; cebolla
PASTAS Y CEREALES	Macarrones: espaguetis; tallarines; fideos; sémola; arroz; harinas
FÉCULAS	Patatas; boniatos; batatas.
LEGUMBRES	Lentejas; garbanzos; judías blancas y pintas; habas secas.
FRUTAS	Naranja; mandarina: melocotón: albaricoque; fresas; granada: ciruela; cereza; manzana: pera: piña: ,melón; sandía; pomelo; paraguayas; kiwi; frambuesas;
PAN	Blanco; integral; tostado; colines
GRASAS	Ligeresa
ACEITE	Oliva; girasol; soja; maíz
CONSUMÉ	Verduras; de ave y de carnes desgrasados; cubitos comerciales o instantáneos.
INFUSIONES	Té; café; poleo menta; manzanilla; tila; malta.
BEBIDAS	Zumos de frutas; refrescos light; gaseosa; soda.
CONDIMENTOS	Sal; vinagre; ajo; perejil; azafrán; orégano; laurel

FORMAS DE PREPARACIÓN

LECHE	Sola, con infusiones, edulcorante artificial
HUEVO	Duros.,; pasados por agua; en tortilla; escalfados
PESCADOS	Horno; plancha; vapor; microondas; parrilla, hervidos
VERDURAS	Hervidas; al vapor; en puré
PASTAS Y CEREALES	Hervidas; en sopas; al horno;.
FÉCULAS	Hervidas; al horno; en puré.
FRUTAS	Frescas o en zumo natural

EQUIVALENCIAS

En lácteos

- ✓ 150 cc. de leche entera = 1 yogur entero
- ✓ 150 cc. de leche entera = 35 g. de queso manchego tierno, o de bola.
- ✓ 150 cc. de leche desnatada = 1 yogur desnatado
- ✓ 150 cc. de leche desnatada = 35g de queso de Burgos o desnatado

En farináceos

- Son equivalentes porciones de:
- ✓ 50g de lentejas; garbanzos, judías pintas o blancas, habas seas
 - ✓ 50g de pasta italiana, arroz, sémola, harina, fideos para sopa
 - ✓ 200 g de patatas
 - ✓ 60 g de pan blanco
 - ✓ 60g de pan integral

En calorías de alimentos proteicos (proteínas)

Son equivalentes los siguientes alimentos:

- ✓ 2 huevos
- ✓ 120 g de carne magra
- ✓ 100 g de pescado azul
- ✓ 100 g de jamón York
- ✓ 150 g de pescado blanco
- ✓ 150 g de pollo
- ✓ 60g de jamón serrano
- ✓ 100 g de queso de Burgos
- ✓ 50 g de queso manchego tierno, o de bola

SI OPTA POR SEGUIR FUMANDO

Cáncer

- Traquea.
- Bronquios.
- Pulmón.
- Faringe.
- Laringe.
- Boca.
- Labio.
- Esófago.
- Páncreas.
- Cuello uterino.
- Vejiga.
- Riñón.

Enfermedades cardiovasculares

- Infarto agudo de miocardio.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Enfermedad arterial periférica.
- Enfermedad vascular periférica.

Enfermedades respiratorias

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (=EPOC).
- Bronquitis crónica.
- Asma.
- Enfisema.
- Síndrome de Apnea del sueño (=SAS),

Enfermedades dentales

- Estomatitis.
- Enfermedad periodontal crónica.

Osteoporosis

Facies del fumador

- Arrugas en labios superiores y comisuras; Patas de gallo.
- Líneas profundas y superficiales en las mejillas y mandíbulas.
- Adelgazamiento de la cara con prominencia anormal de los relieves oseos, especialmente los pómulos.
- Aspecto rugoso de la piel con coloración ligeramente grisáceo.

Tabaquismo pasivo

Personas que no fuman, pero están en contacto con el humo de tabaco (niños, familia, compañeros de trabajo....). Está demostrado que estas personas pueden padecer:

- Cáncer (Pulmón; Carcinoma nasofaríngeo; Cáncer de cuello uterino)
- Enfermedades cardiovasculares.
- Asma bronquial; EPOC.



SI OPTA POR DEJAR DE FUMAR

- Dejará de ser un adicto a la nicotina.
- Mejorará su salud.
- A partir del “último cigarro” su organismo inicia la recuperación:
 - ✓ A los 20 minutos, se normaliza su Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, y temperatura de manos y pies.
 - ✓ A las 8h. se normalizan los niveles de monóxido de carbono y oxígeno.
 - ✓ Pasadas 24. disminuye el riesgo de “muerte súbita”.
 - ✓ Pasadas 48h. se normalizan los sentidos del gusto y del olfato
 - ✓ Pasadas 72h la función respiratoria mejora.
 - ✓ Pasados 1-2 meses aumenta la capacidad física, y se cansará menos.
 - ✓ Pasados 1-9 meses mejora el drenaje bronquial, y se reduce el riesgo de infecciones.
 - ✓ Pasados 5 años, se iguala el riesgo de padecer infarto y otras enfermedades cardiovasculares, al de los “no-fumadores”.
 - ✓ Pasados 10-15 años se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón, al de los “no-fumadores”.
- Sufrirá menos catarros y molestias de garganta.
- Tendrá menos probabilidades de padecer cáncer.
- Disminuirá el riesgo de padecer trombosis o embolias cerebrales.
- Si toma anticonceptivos, se reducirá mucho el riesgo de infarto o embolia.
- Si está embarazada, se eliminarán algunos riesgos de enfermedades graves para su hijo.
- Mejorará mucho su economía, por tanto podrá darse algún capricho.
- Mejorará su seguridad, por el menos riesgo de incendios o accidentes de tráfico.
- Mejorará su aspecto físico y estético.
- Se sentirá más ágil, se cansará menos.
- Desaparecerá el mal aliento.
- Mejorará el olor de su ropa, y de su casa.
- Desaparecerá el color amarillento de dedos y uñas.
- Mejorará la hidratación de la piel, mejorará su tersura, mejorará su cutis, tendrá menos arrugas.
- Si tiene hijos, será un buen ejemplo para ellos.
- No perjudicará la salud de otras personas (fumador pasivo).



Tendrá la satisfacción de haber recuperado la dirección de una parte de su vida, que hasta ahora dependía del tabaco

RISOTERAPIA



La Risoterapia es una estrategia psicoterapéutica que produce beneficios mentales, emocionales y somáticos. Aunque no podemos considerarla como una terapia, porque ella sola no cura muchas enfermedades, si es preventiva, complementaria, y facilitadora de otras terapias, provocando mayor eficacia de las mismas.

Las vocales de la risa



Risa JA

- Es la más frecuente de las vocales, nos hace abrir la boca en todo su esplendor, a estirarnos y a abrir el pecho, es la carcajada por excelencia.
- Provoca la vibración en la zona de los riñones, la cadera y del vientre, por lo que activa sus funciones y las llena de energía.
- Activa las glándulas suprarrenales; actúa sobre la adrenalina y la noradrenalina; aporta energía a nuestro organismo.
- Reduce el miedo y refuerza el valor.
- Activa la potencia sexual en los hombres, y en las mujeres resulta beneficiosa para los ovarios y la matriz



Risa JE

- Incide vibrando bajo las costillas.
- Es la risa diplomática, la que expresa disimulo.
- Hace que se libere energía del hígado, vesícula biliar y tejido muscular.
- Reduce enfados y tensiones internas, favorece la tolerancia., la paciencia y facilita el proceso de la digestión



Risa JI

- Se produce vibración en la zona del cuello y del corazón.
- Es la risa saltarina, que nos incita a bailar, es optimista y simpática.
- Activa la creatividad y la intuición.
- Actúa sobre el sistema nervioso y estimula la glándula tiroides pudiendo tener efectos beneficiosos en los problemas de obesidad.
- También influye sobre el intestino delgado y activa la circulación, lo que la convierte en muy adecuada para mejorar problemas de varices.



Risa JO

- Siempre pensamos en la figura de "Papa Noel", invitándonos a sacar la barriga y poner cara de bonachón.
- Su vibración se nota en la cabeza, e incide en la glándula pineal, la hipófisis, la pituitaria, y el hipotálamo.
- Libera energía del sistema digestivo, (desde la boca hasta el ano), bazo y páncreas.
- Es una muy buena risa para los postres, pues nos ayuda en los procesos digestivos y también en el tratamiento de la celulitis.



Risa JU

- Es una risa oscura, la de más bajo tono y vibración, pero muy potente si practica con frecuencia.
- Activa la zona pulmonar regulando alteraciones respiratorias.
- Altamente beneficiosa para liberar emociones y devolver el equilibrio del intestino grueso cuando se tensa a causa del estrés.
- Rompe los efectos negativos de los pensamientos dolorosos, frustraciones y bloqueos del pasado

CUESTIONARIO DE AUTOSATISFACCIÓN DE LAS SESIONES

Año xxxxx TDT-x

Horario de xx:xxh a xx:xxh

Contestar todas las preguntas poniendo un círculo alrededor de la respuesta elegida.

MUJER

VARÓN.

EDAD

PROFESIÓN

ESTUDIOS

No sabe leer ni escribir

Primarios

Bachillerato / BUP

ESO

FP

Diplomado

Graduado

Licenciado

Doctorado

1 PONGA EL NÚMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMA, TRAS FINALIZAR LAS SESIONES DEL TALLER

2 ACTUALMENTE SE CONSIDERA

Fumador ⁽¹⁾

Ex-fumador ⁽²⁾

3 SIN ASISTIR A ESTE TALLER, SU LOGRO AL FINALIZAR LAS SESIONES (no fumar; fumar menos; etc.) LE HABRÍA RESULTADO

Muy difícil ⁽¹⁾

Difícil ⁽²⁾

Igual ⁽³⁾

Fácil ⁽⁴⁾

Muy fácil ⁽⁵⁾

4 SEGÚN EL LOGRO QUE HA OBTENIDO AL FINALIZAR LAS SESIONES (dejar de fumar, fumar menos, etc.); ¿CÓMO CONSIDERA QUE LE HA AYUDADO?:

Su voluntad

Nada ⁽¹⁾

Poco ⁽²⁾

Bastante ⁽³⁾

Mucho ⁽⁴⁾

Muchísimo ⁽⁵⁾

La terapia educativa y psicológica

Nada ⁽¹⁾

Poco ⁽²⁾

Bastante ⁽³⁾

Mucho ⁽⁴⁾

Muchísimo ⁽⁵⁾

Los compañeros del Taller

Nada ⁽¹⁾

Poco ⁽²⁾

Bastante ⁽³⁾

Mucho ⁽⁴⁾

Muchísimo ⁽⁵⁾

5 EL TALLER, COMO EXPERIENCIA, HA SIDO

Muy negativa ⁽¹⁾

Negativa ⁽²⁾

Ni negativa ni positiva ⁽³⁾

Positiva ⁽⁴⁾

Muy positiva ⁽⁵⁾

SUGERENCIA

GRACIAS POR SU ASISTENCIA Y COLABORACIÓN

CONSEJOS ESPECÍFICOS ANTE RECAÍDAS

1. Fumar un cigarro durante una determinada situación (fiesta, problema grave...), no significa haber fracasado. Hay que tomarlo como un incidente puntual, como una experiencia de la que aprender.
2. Hay que diferenciar entre fumar un solo cigarro, y caer nuevamente en el consumo compulsivo de tabaco.
3. Ante una recaída, volver rápidamente a la normalidad que es 0 cigarrillos.
4. Recordar que fumar un cigarro no significa volver a ser fumador, sino un incidente casual y puntual.
5. Las recaídas producen la sensación de violación de la abstinencia; disminución de la autoeficacia y de la autoestima, dando lugar a sentimientos negativos y erróneos de fracaso e incapacidad, por lo que se pasa a fumar el 2º, el 3º.....
6. Ser conscientes de que se está fumando, centrarse en las sensaciones desagradables que produce y apagarlo rápidamente.
7. Recordar los motivos que le llevaron a dejar el tabaco. Leer de nuevo la “Lista de razones para dejar de fumar”.
8. Recordar el “Tipo de fumador”; rememorar consejos y estrategias aprendidas. Ponerlas en práctica.
9. Evaluar la situación que nos llevó a recaer, ver los elementos que han quedado fuera de control y que provocaron la conducta de fumar.
10. Estar alerta, es común el hecho de que tras 3 o 5 meses de no fumar, y ante una determinada situación pensar que “un solo cigarrillo no importa” para demostrarse a sí mismo que controla la situación.



No hace falta demostrarse nada más de lo que ya se está demostrando: ser un exfumador

El logro obtenido por Don/Doña XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, en las Sesiones del Taller de Deshabituación Tabáquica XX / XXXX es que al finalizar la Sesión 6 fuma cigarros

30					
29					
28					
27					
26					
25					
24					
23					
22					
21					
20					
19					
18					
17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5

Recordar que a los 3, 6 y 12 meses de finalizar las Sesiones, le llamaremos por teléfono. Gracias por su asistencia

