

¿Qué es el tabaquismo?



Definición de Tabaquismo

Seguramente conoces a personas que fuman habitualmente y que han intentado dejar de hacerlo sin lograrlo, esto es porque el cigarro provoca dependencia química y por tanto, genera adicción.

A continuación, te mostraremos los criterios diagnósticos usados para el tabaquismo según la 5ta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V por sus siglas en inglés).

Criterios para el Diagnóstico de Adicción según DSM-V

El Trastorno por consumo de tabaco se incluye dentro de los que están relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Este se entiende como un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta, al menos, por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:

- 1 | Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- 2 | Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
- 3 | Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
- 4 | Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.

Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco

- 5 | Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (por ejemplo: interferencia con el trabajo).
- 6 | Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (por ejemplo: discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
- 7 | El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- 8 | Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (por ejemplo: fumar en la cama).
- 9 | Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
- 10 | **Tolerancia**, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
- 11 | **Abstinencia**, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco que presentamos más adelante).
 - Se consume tabaco (o alguna sustancia similar como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Conceptos fundamentales

A lo largo de este curso se utilizarán conceptos que son importantes que conozcas, procura tenerlos en cuenta:

Consumidor de tabaco



Persona que hace uso de cualquier producto de tabaco.

Fumador



Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos seis meses.

Fumador Diario



Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos seis meses.

Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco

Fumador Ocasional	▼
Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día, pero igual se debe considerar como fumador.	
Fumador Pasivo	▼
Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno, humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental.	
Ex Fumador	▼
Es la persona que luego de ser fumador, se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos seis meses.	
No Fumador	▼
Es la persona que nunca ha fumado, o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.	
Productos de tabaco	▼
Son productos preparados- parcial o completamente- utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o aspirados.	
Abstinencia	▼
Dejar de consumir tabaco, manteniendo la ingesta en cero.	
Vida media	▼
La vida media de eliminación es el tiempo que demora en disminuir en 50% la concentración plasmática de un fármaco.	

Humo de tabaco ajeno

El Humo Ambiental de Tabaco (HAT) es la mezcla del 15% del humo que exhala el fumador activo (humo primario o corriente principal) y un 85% del humo que se libera desde el cigarrillo entre las inhalaciones del fumador (humo secundario o corriente lateral). Este último tiene una mayor concentración de tóxicos (2,5 veces más de monóxido de carbono, 52 veces más de dimetilnitrosamina y 73 veces más de amoníaco), ya que se produce a altas temperaturas y no pasa por ningún tipo de filtro.

El consumo de cigarros ocasiona daños a la salud. Un cigarrillo contiene más de cuatro mil sustancias químicas, de las cuales 50 son carcinógenas, entre ellas:



Principales componentes del humo del tabaco

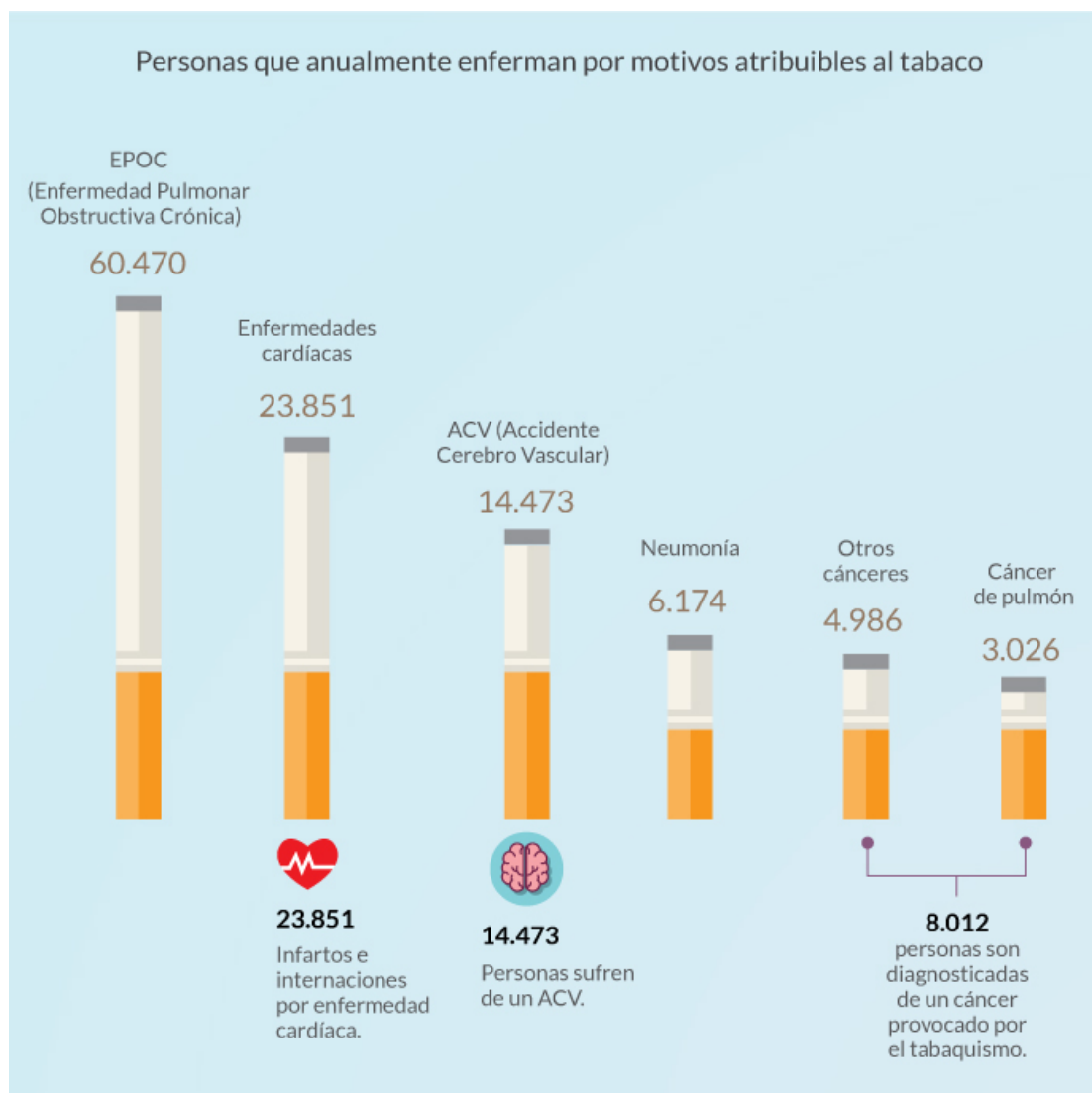
En la siguiente tabla te mostramos cuáles son los componentes y consecuencias del humo del tabaco:

Componente	Consecuencia
Nicotina.	Droga adictiva.
Monóxido de carbono.	Gas tóxico mortal, impide la oxigenación de los tejidos.
Alquitranes.	Carcinogénicos.
Sustancias irritantes.	Afectan al pulmón y vías respiratorias.

Daños asociados al consumo de tabaco

De acuerdo la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2013), se ha calculado que la mitad de las personas que consumen tabaco mueren a causa de una enfermedad relacionada con dicha adicción.

El tabaquismo es la principal causa de diversas enfermedades respiratorias y uno de los más importantes factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras patologías. En la siguiente infografía te mostramos algunas cifras relacionadas con esta adicción:



Fuente: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) www.iecs.org.ar

Los daños y enfermedades que puede ocasionar el tabaco, tanto en hombres como en mujeres, son los siguientes:

A. Daños en el sistema cardiovascular

El consumo de cigarrillos es una causa importante de enfermedades cardiovasculares, entre ellas:

- | Enfermedad coronaria.
- | Accidentes vasculares cerebrales.
- | Aneurisma de Aorta Abdominal.
- | Enfermedad vascular periférica.

➤ | Ateroesclerosis.



Según cifras de la OPS (2002), se estima que por cada 10 cigarrillos que se fumen por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular aumenta 18% en los hombres y 31% en las mujeres.

Otros datos importantes

- | En las mujeres, el consumo de tabaco y anticonceptivos orales aumenta en casi tres veces el riesgo de accidente vascular encefálico.
- | La nicotina favorece la aterosclerosis prematura, la vasoconstricción arterial y aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial, por lo que el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular es alto.
- | La mayoría de las muertes relacionadas con el consumo de tabaco ocurre debido a Enfermedad Isquémica, Infarto al Miocardio y Muerte Súbita.
- | Aquellos que sobreviven a un infarto y siguen fumando, tienen mayor probabilidad de recurrencia de este.

B. Cáncer

No hay un consumo mínimo de cigarrillos bajo el cual no exista riesgo de cáncer. A mayor consumo de tabaco, mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad. En la siguiente tabla comparativa, observa los porcentajes de mortalidad por cáncer (de acuerdo al tipo de cáncer y sexo) atribuibles al consumo de tabaco.

Tipo de cáncer	Hombres	Mujeres
Pulmón	90%	79%
Laringe	81%	87%
Boca	92%	61%
Esófago	78%	75%
Páncreas	29%	34%
Vejiga	47%	37%
Riñón	48%	12%
Estómago	17%	25%
Leucemia	20%	20%
Cuello de útero	----	31%

Tipo de cáncer	Hombres	Mujeres
Fuente: Minsal. Cómo ayudar a dejar de fumar. Manual para el equipo de salud, 2003.		

C. Daño en el sistema respiratorio

Los fumadores tienen mayores síntomas respiratorios, entre ellos, que la tos sea más persistente que en los no fumadores. Igualmente presentan más infecciones respiratorias agudas, caída precoz de la función pulmonar y declinación acelerada.



El tabaco es la principal causa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC o enfisema, o bronquitis crónica obstructiva). Entre un 80 y 90% de los enfermos de EPOC, tiene antecedentes de tabaquismo.

Los fumadores tienen un riesgo diez veces mayor de morir por EPOC que los que no fuman. La diferencia en el riesgo de morir por EPOC aumenta conforme al número de paquetes de cigarrillos que fuma la persona, así como sus años de fumador.

En la niñez y en la adolescencia, el tabaquismo altera el crecimiento pulmonar con probable disminución precoz de su función, esto trae como consecuencia mayor frecuencia de signos y síntomas clínicos respiratorios como tos, expectoración, disnea y sibilancias.

D. Daños en el aparato reproductivo

A continuación te presentamos los daños relacionados al aparato reproductor, tanto en hombres como en mujeres, y las consecuencias de fumar en el embarazo.

Mujer y Tabaco

- | Mayor riesgo de osteoporosis post - menopausia por efecto antiestrogénico del tabaco.
- | Reduce la fertilidad y aumenta la frecuencia de abortos espontáneos.
- | Incrementa el deterioro de la piel y acelera la aparición de arrugas, especialmente alrededor de la boca.
- | Mayor riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares cuando se usan anticonceptivos orales y se consume tabaco.

Hombre y Tabaco

Impotencia por:

- | Daño en los vasos sanguíneos del pene.
- | Disminución de la capacidad aeróbica.

Embarazo

- | Disminuye el crecimiento del feto, presentando bajo peso al momento del nacimiento.
- | Aumenta la ruptura prematura de membranas, placenta previa y desprendimiento de placenta.
- | Aumenta los embarazos de pre término y el acortamiento de gestación.
- | Aumenta el Síndrome de Muerte súbita Infantil en los recién nacidos.

E. Otros daños

Existen otros daños “menores” asociados al consumo de cigarrillo, estos son:

- | Periodontitis.
- | Cataratas.
- | Aumento en fracturas de cadera.
- | En mujeres post menopáusicas, disminuye la densidad ósea.
- | Aumento de úlceras pépticas en personas con *Helicobacter Pylori* (+).
- | Aumenta las complicaciones quirúrgicas: demora en cicatrización de heridas y complicaciones respiratorias.
- | Desarrollo prematuro de las complicaciones micro vasculares de la diabetes, aparición de la diabetes tipo 2 e interfiere en la actividad de la insulina.
- | Alteraciones de la función inmune: aumento de la cantidad de leucocitos periféricos. Reducción de la respuesta

- | inmune a antígenos inhalados.
- | Disminuye el estatus de salud general: fumadores tienen mayor ausentismo laboral y mayor uso de servicios médicos.

Relación con otros factores de riesgo

Existe relación con otros factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Entre ellos podemos mencionar que la cesación del consumo de tabaco aumenta la concentración de Colesterol HDL en la sangre y disminuye los niveles de Colesterol LDL. Es igualmente importante saber que dejar de fumar puede hacer que una persona con hipertensión leve no requiera usar medicamentos, ya que el tabaco juega un rol en el desarrollo y mantención de la hipertensión arterial.

Otros síntomas que pueden percibir las personas fumadoras, son:

- | Tos y sensación de falta de aire.
- | Menos tolerancia al ejercicio físico.
- | Mal aliento.
- | Dientes manchados y alteraciones de las encías.
- | Mayor probabilidad de pérdida de piezas dentales.
- | Arrugas y menopausia precoz en las mujeres.
- | Insomnio.
- | Garganta irritada.
- | Voz más grave en las mujeres.
- | Alteraciones de la circulación sanguínea: manos y pies fríos.
- | Disminución de los sentidos del olfato y el gusto.
- | Cabello opaco y quebradizo.
- | Piel opaca y oscurecida.

Daño en fumadores pasivos

Se ha denominado “tabaquismo pasivo” o “tabaquismo involuntario”, a la inhalación de humo de tabaco por no fumadores. En 1992, la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de Estados Unidos declaró que el humo de tabaco era un carcinogénico de clase A, es decir, con una evidencia científica aceptable.



El humo producido de la combustión del tabaco, está conformado por partículas pequeñas de un diámetro inferior a 3,5 micras, lo que lo hace totalmente respirable y difusible. Estas partículas pueden penetrar profundamente en los alvéolos pulmonares, siendo fácilmente absorbidas por el torrente sanguíneo y distribuidas por todo el organismo, ejerciendo sus efectos dañinos principalmente en niños, personas de la tercera edad y enfermos.

Por ello, es importante tener presente lo siguiente:

- 1 | Los niños de padres fumadores tienen alrededor de un 50% más de riesgo de enfermedades respiratorias bajas, asma bronquial, tos y otitis media recurrente.
- 2 | Las personas no fumadoras que conviven con un fumador, tienen un 24% más de riesgo de contraer cáncer pulmonar que aquellas no expuestas al humo de tabaco.
- 3 | Las embarazadas que fuman tienen hasta dos veces más posibilidades de presentar un parto prematuro; hasta 10 veces más riesgo de tener niños pequeños para su edad gestacional; y de un 20 a 60% mayor riesgo de muerte fetal. Algunos de estos riesgos también se asocian a embarazadas expuestas al humo de tabaco.
- 4 | El riesgo de morir por una enfermedad cardiovascular, aumenta más del 30% entre los no fumadores (fumadores pasivos) que respiran en su casa el aire de los fumadores.

Mortalidad

La mortalidad varía de acuerdo a la patología, podemos mencionar que el 20% de las muertes cardiovasculares y el 18% de las producidas por Accidentes Cerebrovasculares (ACV), son atribuibles al tabaquismo con patologías respiratorias como el EPOC, responsable del 82% de las muertes; en el cáncer de pulmón su asociación es del 87%, en las neumonías se atribuye al 21% y en las muertes por otros cánceres es de 34%.

El Departamento de Informaciones y Estadísticas del Minsal (DEIS), señala que entre los años 1985 y 2009 se produjeron 331 mil muertes atribuibles al tabaco (143 mil mujeres y 188 mil hombres, aproximadamente), las cuales se deben a diversas causas: **cánceres al pulmón, tráquea, bronquios y vejiga, enfermedad isquémica, enfermedad cerebrovascular y bronquitis aguda y crónica.**

Su impacto en la mortalidad y calidad de vida es responsable en forma directa de la pérdida de 495 mil 988 años de vida (por muerte prematura y discapacidad) cada año.

Se estima que 19 mil 732 personas mueren anualmente en Chile a causa del tabaquismo, esto se traduce en 54 muertes diarias aproximadamente.

En el siguiente material descargable podrás observar cifras estimadas de enfermedades y muertes a causa del tabaquismo. El estudio fue realizado por varias entidades de investigación de diferentes países:

Descargable: Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Chile (2015)

DESCARGAR 

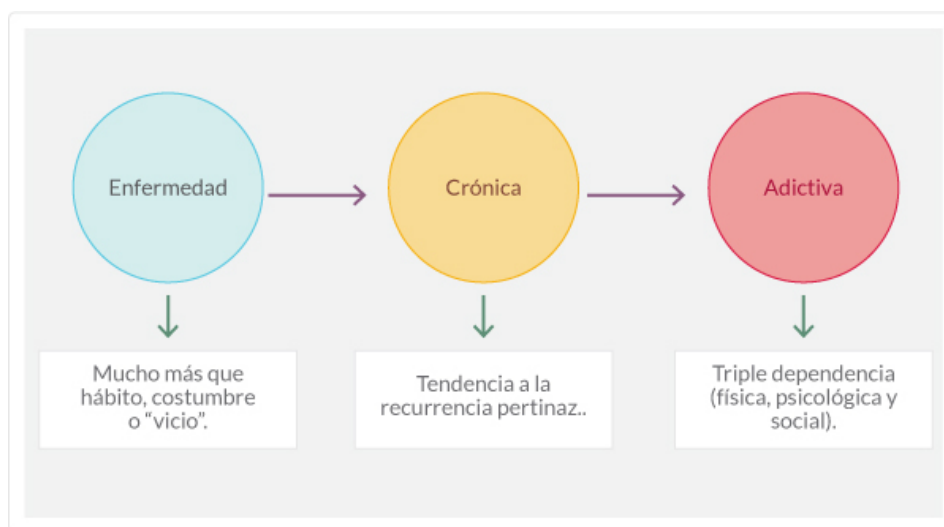
Esperanza de vida

Las mujeres fumadoras tienen una expectativa de vida de 5,73 años menos que las no fumadoras; mientras que en las ex fumadoras, la diferencia es de 2,37 años en comparación con las no fumadoras. Estas cifras son similares en los hombres, siendo la expectativa de vida 5,56 años menos en los fumadores y 2,41 en los ex fumadores respecto a los no fumadores.

Las patologías producidas por el cigarrillo **no solo afectan la duración de la vida, sino que también tienen un importante impacto en la calidad de la misma**. Por estos motivos, la reducción de la esperanza de vida fue más pronunciada cuando se expresó en Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC), con una diferencia de -5,73 AVAC entre fumadores y no fumadores en las mujeres y de -5,56 AVAC en los hombres, tal como se mencionó anteriormente.

Definición de factor de riesgo, enfermedad crónica y adicción

Empecemos por decir que el tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva. Pero, ¿por qué es una enfermedad?, ¿por qué es crónica? y ¿por qué es adictiva? Veamos a continuación:



Bello S, Bello M y Flores A (2008)¹ aseguraron que desde 1988, año en que se publicó el Informe del Cirujano General titulado “Adicción a la Nicotina”, existe sólida evidencia de la condición adictiva del consumo de tabaco. Las principales conclusiones de ese informe fueron que **el tabaco es adictivo, que la nicotina es la droga que causa la adicción y que el proceso psicofarmacológico involucrado en esta adicción, es similar al de otras drogas tales como la heroína o la cocaína.**

”

“La nicotina es una droga psicoactiva generadora de dependencia, con conductas y alteraciones físicas específicas, produciendo en el fumador la búsqueda y uso compulsivo de la droga, a pesar de las consecuencias negativas para la salud”.

(Bello et al. 2008).

Algunos de los efectos de la nicotina son el incremento en los niveles sanguíneos de determinadas hormonas y del metabolismo, aceleración del ritmo cardíaco, vasoconstricción, aumento de la presión arterial y relajación muscular.

Para explicar este proceso, debemos conocer que la nicotina se absorbe a nivel pulmonar en un periodo muy rápido, debido a la gran superficie de contacto que este químico tiene con los alvéolos. Igualmente, actúa a través de su unión con los receptores nicotínicos que se ubican en el circuito de recompensa del cerebro (Área Tegmental Ventral).



Después de inhalar el humo, en solo nueve segundos la nicotina llega hasta el cerebro, donde produce una serie de alteraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC). Allí activa un complejo mecanismo de mensajes químicos y neurobiológicos al tocar el circuito de recompensa, donde se generan sensaciones de placer y alerta. El cerebro posee receptores nicotínicos que, al relacionarse con la nicotina, reciben un mensaje que guardarán en su estructura química.

Luego, sus niveles cerebrales declinan rápidamente ya que se distribuye en otros tejidos (ganglios autonómicos, médula suprarrenal y uniones neuromusculares) y se metaboliza en el hígado por enzimas de la familia CYP2A6.

Finalmente sus metabolitos se excretan a través del riñón, siendo **su vida media de dos horas aproximadamente**, por lo que al disminuir los niveles plasmáticos surge la necesidad de incorporar nuevamente nicotina al organismo.

Así, cuando se entre en contacto con la sustancia nuevamente se desplegará el mensaje aprendido, lo que explicaría su alto poder adictivo.

Los fumadores pueden manipular la dosis de nicotina absorbida regulando las inhalaciones:
intensidad, duración, número, profundidad y grado de mezcla
de humo con aire.

Los metabolitos primarios de la nicotina son la **Cotina** y la **Nicotina-n'-óxido**. De acuerdo a lo referido por Bello S., Bello M., Flores A (2009)², la Cotina por su mayor vida media (16 horas), se usa como marcador bioquímico de abstinencia para validar estudios clínicos o para titular las dosis requeridas de terapia de reemplazo de nicotina en pacientes hospitalizados altamente adictos, midiéndola en sangre, orina o saliva.

¿Por qué la nicotina es adictiva?

Como vimos al comienzo de este artículo, el DSM-V incluye el trastorno por consumo de tabaco dentro de los relacionados con sustancias y trastornos adictivos. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), también incluye el tabaquismo dentro de los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo del tabaco”, en su sección F17, cuyos criterios son muy similares a los del DSM-V.

El poder adictivo de la nicotina se explicaría por la serie de efectos que produce en el Sistema Nervioso Central:

- **Aumento de dopamina (DA) en el núcleo accumbens.** En el SNC, la nicotina se une principalmente a receptores del Área Tegmental Ventral que tiene proyecciones hacia el núcleo accumbens, donde se libera dopamina en el espacio extra-sináptico. Esto constituye el sistema dopaminérgico mesolímbico, que tiene aferencias (percepciones) hacia la corteza frontal, estriada e hipocampo y que corresponde al circuito de recompensa-reforzamiento del cerebro.



Por la liberación de la dopamina en el núcleo accumbens, se produce la sensación de placer y bienestar, lo que determina la dependencia física.

Otros efectos:

- **Incremento del número de receptores nicotínicos funcionales (“up-regulation”):** Ocurre por la exposición crónica a nicotina, lo que conlleva a un aumento importante de la concentración extrasináptica de dopamina produciendo sensaciones más placenteras, aumentando el reforzamiento y la adicción a nicotina. Se cree que este incremento de los receptores ocurre como respuesta adaptativa a la desensibilización permanente de estos, contrario a lo que ocurre con otras drogas adictivas, en que hay una baja de los receptores. Es posible que la tolerancia a la nicotina se explique por la persistencia de los receptores en estado de desensibilización.
- **Sensibilización del sistema mesolímbico:** Con el tiempo, el ritual previo al fumar (abrir la cajetilla, sacar el cigarrillo y tenerlo en los dedos) es capaz de estimular la producción de dopamina (DA) en el sistema mesolímbico, incluso sin la presencia del agonista, lo que actúa como un elemento reforzador.
- **Disminución de los niveles de monoaminoxidasa B (MAO-B):** La nicotina u otra sustancia del humo del tabaco reduce los niveles de MAO-B, enzima encargada de catabolizar la dopamina (DA) en el Sistema Nervioso Central (SNC) y otros sitios. Esto contribuiría a incrementar aún más la DA en el SNC.

Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco

La adicción a la nicotina queda en evidencia al constatar cómo las bases neurofisiológicas y los elementos situacionales del fumar, se conectan fuertemente. La nicotina en primera instancia y luego la asociación situacional del fumar, induce una respuesta condicionada en los circuitos del placer y recompensa.

Son muchos los factores psicofarmacológicos que contribuyen a la adicción a la nicotina. Si bien, el sistema dopaminérgico es el que más se ha estudiado por su importancia en la recompensa, es necesario mencionar que la nicotina también actúa en otros sistemas cerebrales que ayudan a mediar en sus efectos adictivos: sistema colinérgico, gabaérgico, glutamérgico, serotoninérgico, noradrenérgico, opiáceo y endocannabinoide.

”

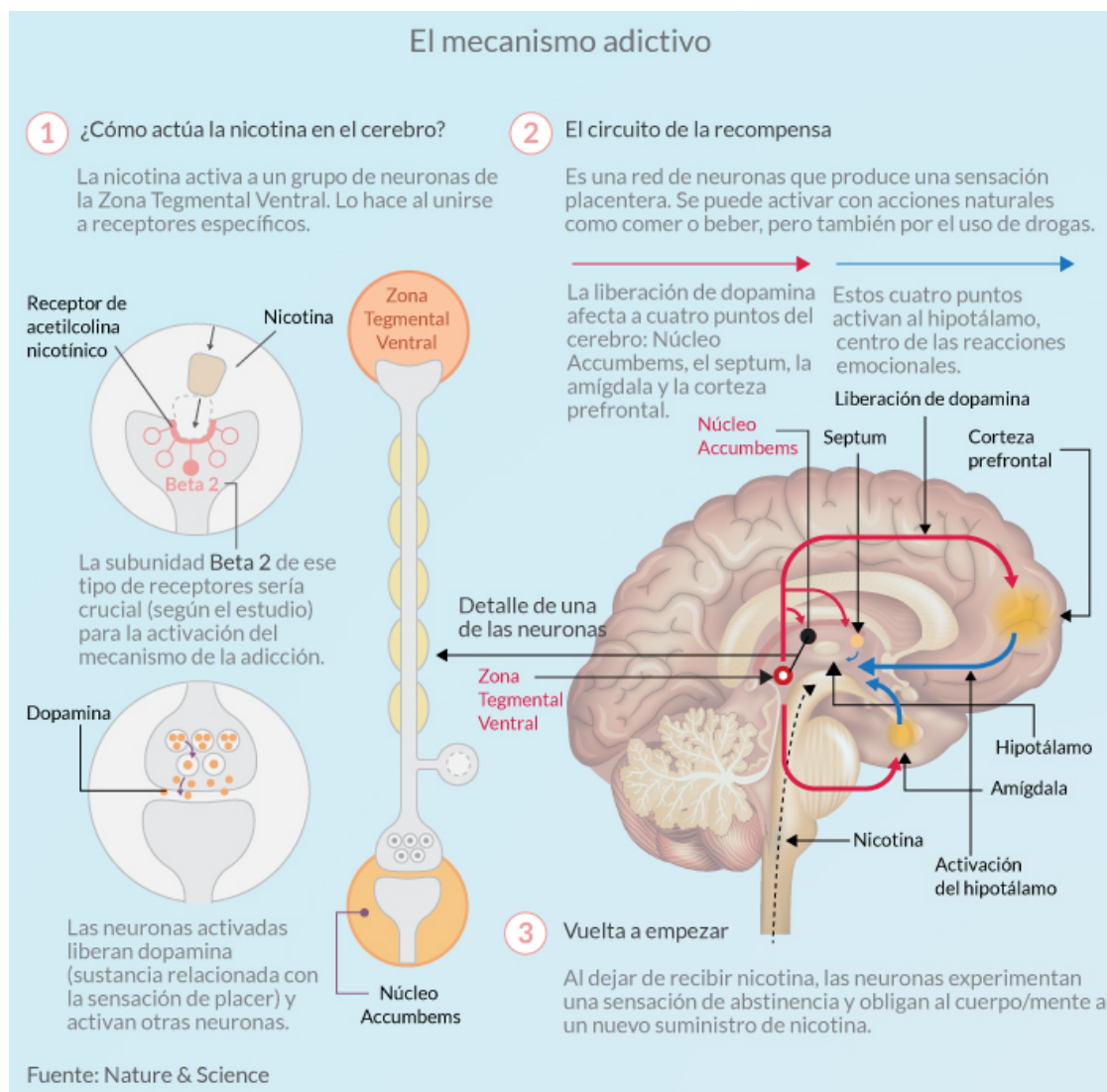
“Los avances que se logren en esta área en el futuro, serán de gran utilidad para el progreso de la farmacoterapia de esta adicción”.

(Bello et al. 2009).

El efecto adictivo de la nicotina se caracteriza, al igual que en otras drogas, por producir:

- | Dependencia.
- | Tolerancia.
- | Refuerzo de la conducta.
- | Efectos psicoactivos y en el ánimo.

En la siguiente infografía te mostramos el proceso del cerebro y lo que pasa en él cuando se encuentra adicto a la nicotina:



Síndrome de privación o abstinencia

Es el conjunto de síntomas que se presentan al dejar de fumar o por reducción significativa del número de cigarrillos. Estos síntomas alcanzan su punto máximo de 12 a 24 horas después de dejarlo. El síndrome de privación varía de persona a persona, tanto en relación a la cantidad como a la intensidad de los síntomas.

De acuerdo a la Guía de práctica clínica nacional del tratamiento de la adicción al tabaco, publicada por el Ministerio de Salud de Argentina en 2014, cada síntoma tiene duración variable, pero luego del mes la mayoría pierde la intensidad. El aumento del apetito suele ser el síntoma más persistente. Esta guía refiere que los síntomas de privación o abstinencia, son:

- | Fuerte deseo de fumar (craving).

Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco

- | Estado de ánimo depresivo o disfórico.
- | Insomnio o somnolencia.
- | Irritabilidad, frustración o ira.
- | Ansiedad.
- | Dificultades de concentración.
- | Inquietud.
- | Cansancio.
- | Palpitaciones.
- | Disminución de la frecuencia cardíaca.
- | Dolor de cabeza.
- | Ansiedad por la ingesta de alimentos.
- | Temblor.
- | Trastornos digestivos.
- | Alteraciones del sueño.

El deseo imperioso de fumar o Craving, es una manifestación intensa del síndrome de abstinencia. El deseo de fumar se percibe como difícil de refrenar y lo padecen más del 80% de los fumadores después de 8 a 12 horas del no consumo de nicotina. Este mismo porcentaje se relaciona con la tasa de recaída.

En el siguiente artículo conoceremos el tratamiento del tabaquismo bajo un enfoque biopsicosocial, y además revisaremos la epidemiología de este en Chile. ¡Continúa aprendiendo en esta unidad!

Tratamiento y Epidemiología del Tabaquismo en Chile.



En este artículo conoceremos el tratamiento del tabaquismo, bajo un enfoque biopsicosocial y además revisaremos la epidemiología de este en Chile. ¡Continúa aprendiendo en esta unidad!

El origen de la adicción es multifactorial, implicando **factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales**. Las manifestaciones clínicas dependen de las características individuales de personalidad de cada individuo, así como de las circunstancias socioculturales que lo rodean.

El principal síntoma es la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir la sustancia para experimentar la recompensa que produce, y así evitar el síndrome de abstinencia. (Bello et al. 2008)¹.

En la actualidad, existe consenso en que las intervenciones de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes:

Tratamiento psicosocial

El enfoque psicosocial del tabaquismo implica percibir al fumador como una persona cuya conducta de fumar estará influida, tanto por factores físico-químicos (grado de adicción a la nicotina) como por determinantes del fumar (factores emocionales y sociales), que lo impulsan a tratar de satisfacer necesidades o deseos a través del cigarrillo dada las asociaciones que se han establecido: manejo de estrés, sentimientos de frustración, soledad, ocio, necesidad de manipulación de un objeto, estimulación, placer y relajación, hábito automático, compartir social y adicción. Las estrategias psicosociales de intervención que mayoritariamente tienen un enfoque cognitivo-conductual, están dirigidas a que el fumador reconozca su adicción, modifique sus pautas de comportamiento y desarrolle estrategias y habilidades para lograr y mantener la abstinencia, aprendiendo a “vivir sin tabaco”. (Bello et al. 2009)²

Tratamiento farmacológico

La Food and Drug Administration de EE.UU. (FDA) ha aprobado el uso de tres tipos de medicamentos en el tratamiento para dejar de fumar:

- **Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN):**
En forma de chicles, parches, spray nasal inhalador de nicotina. Son los medicamentos más estudiados y usados para el manejo de la dependencia al tabaco. Diversos estudios clínicos han demostrado que son seguros y eficaces, aumentando al doble la tasa de éxito de la terapia conductual. Sus principales mecanismos de acción son: reducción de síntomas de privación y de efectos reforzantes y la producción de ciertos efectos previamente buscados en los cigarrillos (relajación, facilitación del enfrentamiento de situaciones estresantes, entre otros). Las distintas formulaciones de reemplazo de nicotina pueden ser usadas en forma aislada o asociadas con otros medicamentos.
- **Bupropión:** Fue el primer fármaco no nicotínico aprobado para el tratamiento del tabaquismo. Es un antidepresivo monocíclico que actúa inhibiendo la recaptación de noradrenalina (NA) y dopamina (DA) en determinadas áreas del cerebro. Aún no se conoce cómo actúa exactamente para el abandono del tabaquismo, pero se usa porque disminuye el deseo de fumar y los síntomas de abstinencia.
- **Vareniclina:** Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina $\alpha 4\beta 2$ y está aprobado por la FDA para el tratamiento del tabaquismo. Se encuentra disponible en Chile desde abril de 2007 y se ha convertido en una alternativa atractiva, no solo por su novedoso mecanismo de acción, sino también por su alta eficacia y buena tolerancia reportada en varios estudios.

Existen otros dos medicamentos que aunque no están aprobados por la FDA, se utilizan como drogas de segunda línea, estos son Clonidina y Nortriptilina.

Beneficios de la cesación del consumo de tabaco

Conocer los beneficios de dejar de fumar a nivel de la recuperación de la salud, contribuye a la motivación. En el siguiente material podrás observar los beneficios de dejar de fumar desde el mismo instante en que se descarta el consumo de nicotina:

20 minutos

Normalización de la presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura de las extremidades.



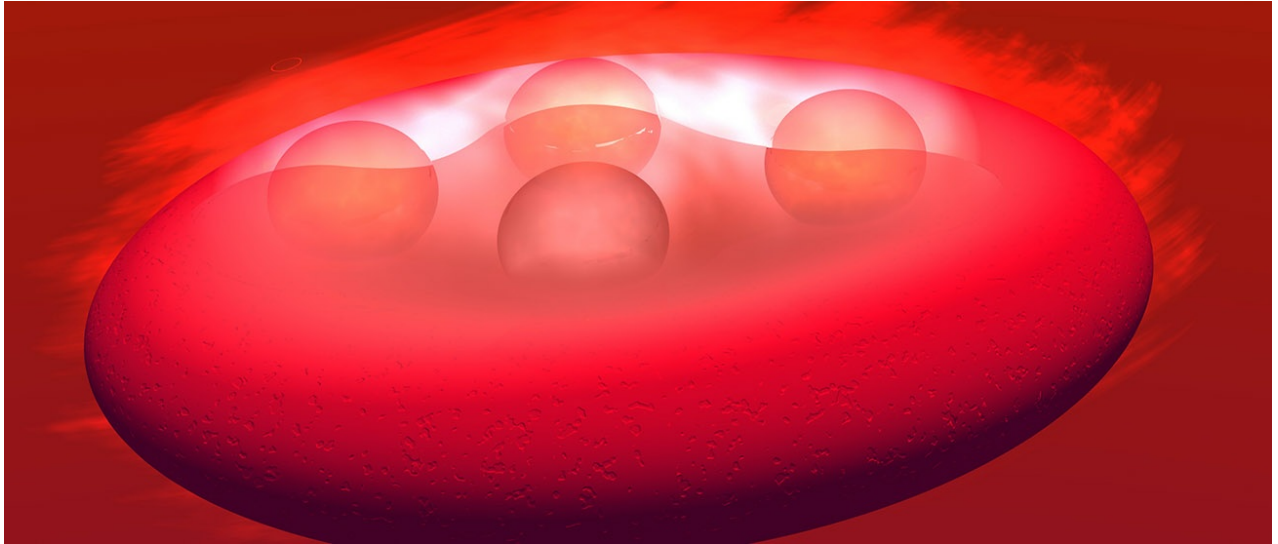
8 horas

La nicotina disminuye al 6,25% de los valores máximos diarios (Reducción del 93,75%).



12 horas

Aumento de los niveles de oxigenación de la sangre y normalización de los niveles de monóxido de carbono.



24 horas

Aparición de ansiedad que debería normalizarse en dos semanas a niveles previos a la cesación. Mejoría de la disfunción endotelial venosa.



48 horas

Inicio de la regeneración de terminaciones nerviosas dañadas con normalización del olfato. Máximo peak de sentimientos de ira e irritabilidad.



72 horas

Depuración al 100% de nicotina, el 90% de sus metabolitos han sido eliminados. Peak de los síntomas de dependencia química como la inquietud. Momento de mayor aparición de ganas de fumar por desencadenantes ambientales. Disminución del tono bronquial. Mejoría de la disnea.



De 5 a 8 días

El fumador promedio sufrirá unos tres episodios diarios de ganas de fumar. Lo más frecuente es que dichos episodios duren menos de tres minutos. Algunas personas sufren aumentos transitorios de tos y expectoración.



10 días

La mayoría de los fumadores sufren menos de dos episodios de ganas de fumar por día, que duran menos de tres minutos.



De 10 días a 2 sem.

Disminución de los síntomas de dependencia. Normalización de la circulación en las encías y dientes.



De 2 a 4 semanas

Desaparición de la ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio, inquietud y depresión asociadas a la cesación. Mejoría de la agregación plaquetaria y de la relación HDL/LDL. Normalización del número de células progenitoras endoteliales, lo cual disminuye el riesgo de enfermedad coronaria.



21 días

Los receptores colinérgicos en el cerebro que habían aumentado su número en respuesta a la nicotina, han disminuido y la ligazón de los receptores se asemeja a los niveles del cerebro de un no fumador.



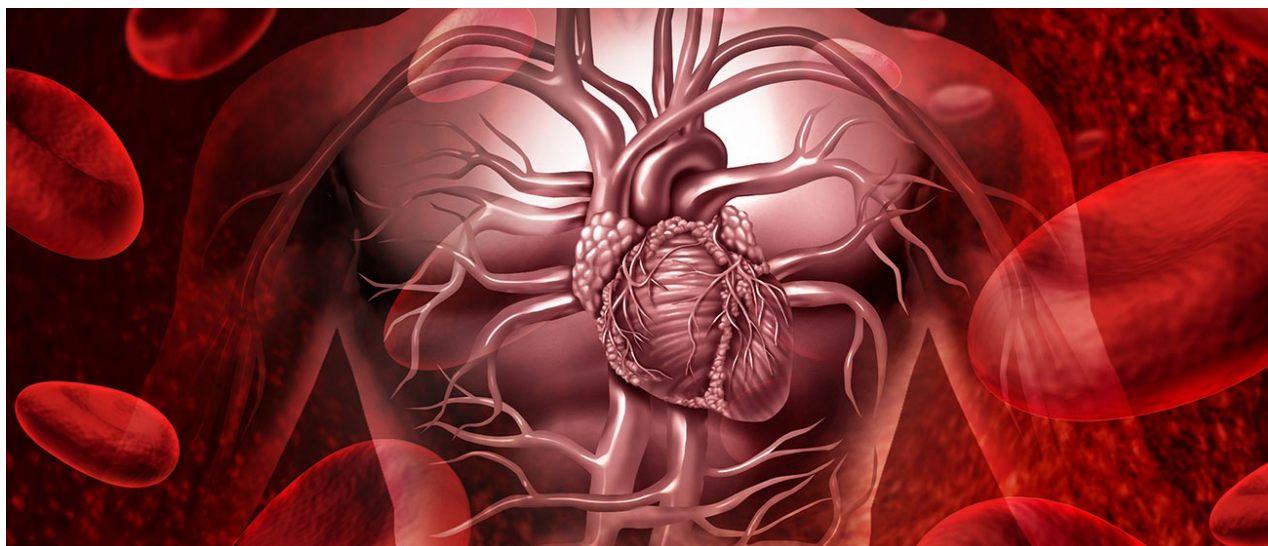
De 2 sem. a 3 meses

Disminución del riesgo de infarto de miocardio. Mejoría de la función pulmonar.



De 3 sem. a 3 meses

Mejoría sustancial de la circulación. Mayor facilidad para caminar. Desaparición de la tos crónica.



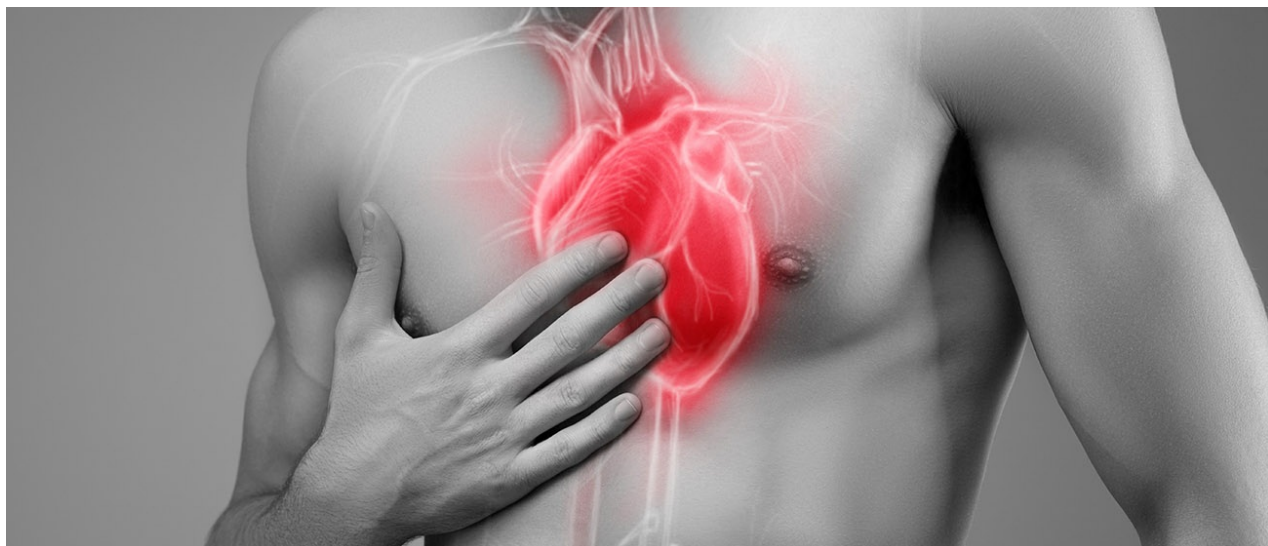
De 1 a 9 meses

Mejoría de los síntomas de congestión de los senos paranasales, fatigabilidad y disneas vinculadas con fumar. Depuración mucociliar pulmonar con mejor manejo de secreciones y menos infecciones respiratorias. Mayor energía corporal. Mejoría significativa de la disfunción endotelial coronaria. Disminución significativa de los valores de escalas de estrés.



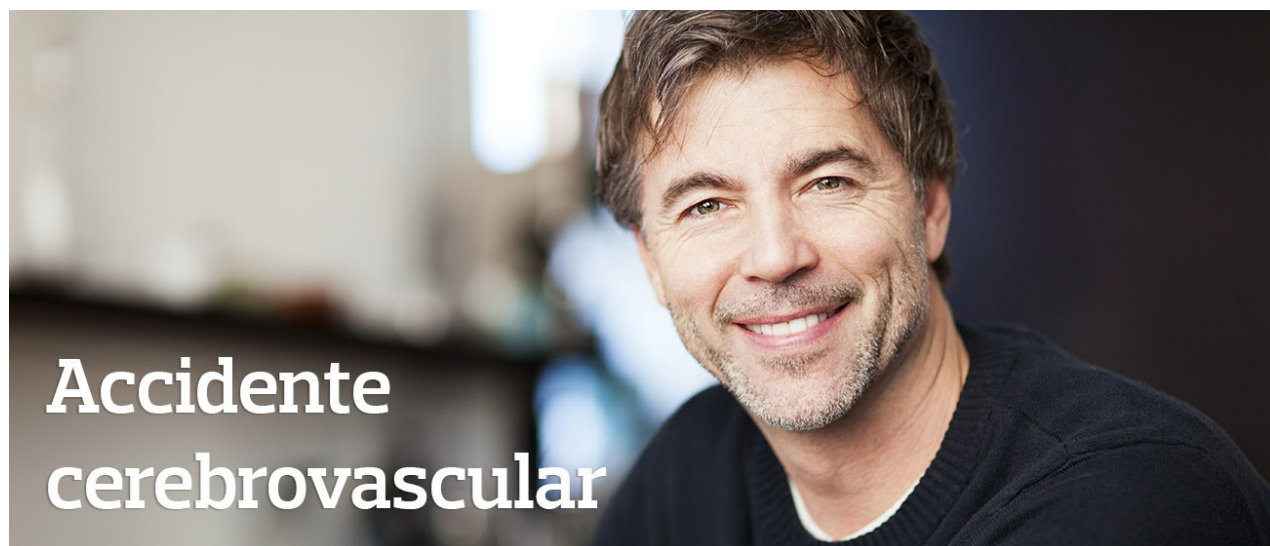
1 año

Disminución del 50% del riesgo de enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular.



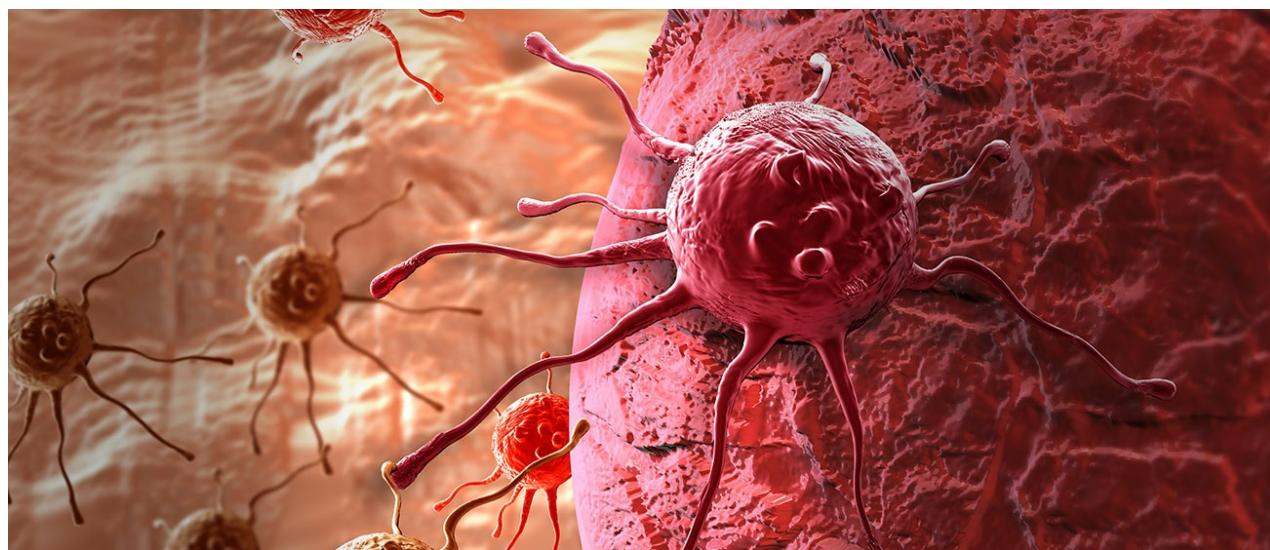
De 5 a 10 años

El riesgo de accidente cerebro vascular es comparable al de un no fumador.



10 años

Disminución del riesgo de aparición de cáncer de pulmón (entre el 30% y el 50%) comparado con quien sigue fumando. El riesgo de muerte por esta enfermedad disminuye un 50% comparado con un fumador de 20 cigarrillos al día. El riesgo de cáncer de páncreas disminuye al de un no fumador y se reduce el riesgo de cáncer de boca, garganta y esófago.



13 años

El riesgo de perder dientes por fumar disminuye, haciéndose igual al de un no fumador.



15 años

El riesgo de enfermedad coronaria es comparable al de una persona que nunca fumó.



20 años

El riesgo aumentado de morir por causas vinculadas al tabaquismo en mujeres, incluyendo enfermedad pulmonar y cáncer, se equipará al de una persona que nunca fumó.



Efectos de dejar de fumar en la salud mental

Como vimos, las personas que llevan poco tiempo sin fumar experimentan sentimientos de irritabilidad, ansiedad y tristeza. Estos se alivian nuevamente cuando encendemos un cigarro, creando así la percepción de que fumar tiene beneficios psicológicos. Sin embargo, es posible que el hecho de fumar haya gatillado dichos problemas en su inicio.

Una publicación realizada por el British Medical Journal (BMJ, 2014)³ señaló que los beneficios pueden ser falsamente atribuidos al tabaco, pues lo que en realidad se experimenta es solo la capacidad de los cigarrillos para abolir los desagradables síntomas de la abstinencia de la nicotina y no porque ofrezcan un efecto beneficioso sobre la salud mental.

Otro aspecto relevante relacionado con la salud mental y el tabaquismo, es que afecta directamente a los pacientes con patologías mentales. En este escenario, la Guía de práctica clínica nacional del tratamiento de la adicción al tabaco, publicada por el Ministerio de Salud de Argentina en 2014; asegura que los médicos pueden postergar o evitar la intervención sobre el tabaco ante el temor de un posible agravamiento de su patología, aunque existen otras guías clínicas que abordan el tratamiento de estos fumadores, condicionado a una relativa estabilidad clínica de la patología mental al realizar el tratamiento del tabaquismo.

En una publicación del British Medical Journal (BMJ), se evidenció que existe una fuerte asociación entre el tabaquismo y los problemas de salud mental. Los fumadores con trastornos mentales tienden a fumar en mayor cantidad y con un importante grado de dependencia. En dicho estudio se pudo observar lo siguiente:

Objetivo	^
Se realizó una revisión sistemática y un metanálisis, para examinar la diferencia y los cambios que se producen en la salud mental entre las personas que dejan de fumar y las que continúan fumando.	
Análisis	v
Después de analizar 26 estudios diferentes sobre cesación tabáquica en personas que fumaban 20 cigarrillos diarios, se comprobó que lejos de lo que se piensa, el cigarrillo no ayuda a calmar la ansiedad y a sentirse mejor, sino que quienes dejaron de fumar tenían una reducción importante en los niveles de ansiedad, depresión y estrés. En un cuidadoso seguimiento durante los seis meses siguientes al haber dejado de fumar, se obtuvo una mejora en indicadores de depresión, ansiedad, estrés, calidad de vida a nivel psicológico y visión más positiva de la vida, estableciendo claramente que los efectos beneficiosos de haber dejado de fumar, eran semejantes e incluso superaban los resultados obtenidos con tratamientos antidepresivos para los trastornos del humor y ansiedad.	
Resultados	v
Quienes dejaron de fumar no solo superaron los síntomas de abstinencia a las pocas semanas, sino que experimentaron mejorías, logrando tener mejor humor y sentirse más animados tras abandonar el cigarrillo. Sin duda, dejar de fumar es un gran logro que eleva la autoestima y la confianza en sí mismos. Igualmente, se encontró evidencia consistente de que dejar de fumar se asocia con mejoras en la depresión, la ansiedad, el estrés y la calidad de vida, en comparación con seguir fumando. La fuerza de asociación es similar para la población general y las personas con trastornos de salud mental.	
Conclusión	v
Los autores de este metanálisis dicen que "se puede estar seguros de que dejar de fumar mejora la salud mental".	

De un modo casi simultáneo (un día antes) y alcanzando conclusiones similares, investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, en St. Louis, liderados por la doctora Patricia A. Cavazos-Rehg, publicaron otro artículo en la revista *Psychological Medicine* (2014)⁴ en el que se mostró que las personas que luchan con problemas del estado de ánimo o adicción, pueden dejar de fumar de forma segura.

Dejar de fumar por completo o reducir a la mitad el número de cigarrillos que se fuman al día, se asoció a un menor riesgo de trastornos del estado de ánimo como la depresión. Asimismo se observó una menor posibilidad de tener problemas de alcohol y drogas. Los científicos se centraron para este estudio, en los datos de 4 mil 800 fumadores que consumían nicotina diariamente en el año 2000.

Cuando se realizó la primera encuesta (año 2000), las personas que tenían algún tipo de adicción u otros problemas psiquiátricos, eran menos propensos a padecer esos mismos síntomas durante los siguientes tres años de haber dejado de fumar; mientras que quienes sufrieron del síndrome de privación estaban menos expuestos a desarrollar estos problemas más adelante.

Mitos del tabaco

Existen muchas creencias, dudas y temores que se constituyen en escudos para los fumadores que se resisten a reconocer que tienen una conducta de riesgo, y los profesionales de la salud deben estar preparados para desbaratar este obstaculizador sociocultural de las intervenciones de cesación. Es sumamente común escuchar a personas decir las siguientes frases, sin conocer el tema a fondo:

Mito: “Los adultos tienen derecho a elegir fumar” 

Realidad: Muy pocos adultos “eligen” fumar. La gran mayoría de las personas comienzan a fumar en la niñez o en la adolescencia, antes de que puedan conocer los riesgos del uso del tabaco y las propiedades adictivas de la nicotina. Rápidamente se hacen adictos y luego, aunque la mayoría desee dejarlo, pocos lo logran.

Mito: “Existen temas de salud más importantes para tratar” 

Realidad: Hay muchos temas importantes en salud, pero el uso del tabaco es la principal causa de muerte prevenible en el mundo y en América. Afortunadamente, reducir el uso del tabaco es factible y barato. Además, si logramos reducir su consumo, tendremos más recursos disponibles para enfrentar esos otros importantes problemas de salud.

Mito: “La gente continuará fumando sin importar qué medidas se tomen” 

Realidad: La gente fuma en gran parte porque el tabaquismo es una adicción socialmente aceptada. Existen muchas medidas como la prohibición total de la promoción del tabaco, el aumento de los impuestos y los ambientes libres de humo, que efectivamente cambian el entorno social y desestimulan el consumo de tabaco. Está comprobado que esas políticas disminuyen el inicio de los jóvenes y ayudan a los fumadores a abandonar el tabaco.

Mito: “Tenemos otros problemas de drogas que enfrentar” 

Realidad: El tabaco es la puerta de entrada que frecuentemente introduce a los jóvenes a otras drogas. Las drogas que matan más gente y causan más daño son, por lejos, las drogas legales: tabaco y alcohol.

Mito: “Los programas de control del tabaco deberían centrarse en ayudar a los fumadores a dejar de fumar” ▾

Realidad: Es más probable que los fumadores abandonen el cigarrillo en un entorno social que desaliente el uso del tabaco. Precios o impuestos altos al tabaco, ambientes libres de humo y advertencias fuertes en los paquetes de cigarrillos que informen gráficamente al fumador sobre los riesgos del tabaquismo, son medidas que desalientan el consumo. Los programas de cesación dirigidos a los fumadores ayudan, pero no tienen por sí mismos un fuerte impacto si no van acompañados de políticas más amplias que cambien el entorno social.

Mito: “La solución real para reducir el uso del tabaco es educar a nuestros niños” ▾

Realidad: Sí, pero ¿dónde aprenden los niños? Los niños aprenden en el colegio que fumar es perjudicial, pero al salir de la escuela ven a personas fumando en las calles, venta de productos de tabaco en cada esquina, hogares y lugares públicos (parques o plazas) donde está permitido fumar. De esta forma el mensaje dado en la clase se pierde. Es por esto que se ha demostrado que la educación escolar por sí sola no reduce el uso del tabaco. La educación escolar es efectiva solo si se inscribe en un entorno más amplio que refuerce la no aceptación del uso del tabaco.

Mito: “No hay nexos probados entre el humo de tabaco ajeno y enfermedades” ▾

Realidad: La evidencia internacional, ha concluido que la exposición al humo de tabaco ajeno causa graves enfermedades y muerte a los no fumadores. Además, el humo de tabaco ajeno enferma a los niños: causa neumonía, bronquitis, asma e infecciones del oído.

Mito: “Hay fuentes más importantes de contaminación ambiental” ▾

Realidad: Muchas sustancias contaminan nuestro aire y debemos trabajar para eliminar los riesgos para la salud en nuestro entorno.

Mito: “Los gobiernos no tienen derecho a decirle a los comerciantes qué hacer” ▾

Realidad: Es obligación de los gobiernos proteger la salud y seguridad pública, y así lo hacen cuando regulan, por ejemplo; acerca de beber y manejar o respecto al uso de cinturones de seguridad.

Mito: “Las restricciones a fumar infringen los derechos de los fumadores” ▾

Realidad: Como se dice habitualmente, el derecho de uno termina donde comienza el derecho de los demás. Los fumadores no tienen derecho a dañar a otros con su humo. Los ambientes libres de humo no violan el derecho a fumar, sino que protegen el derecho de los no fumadores a respirar aire no contaminado.

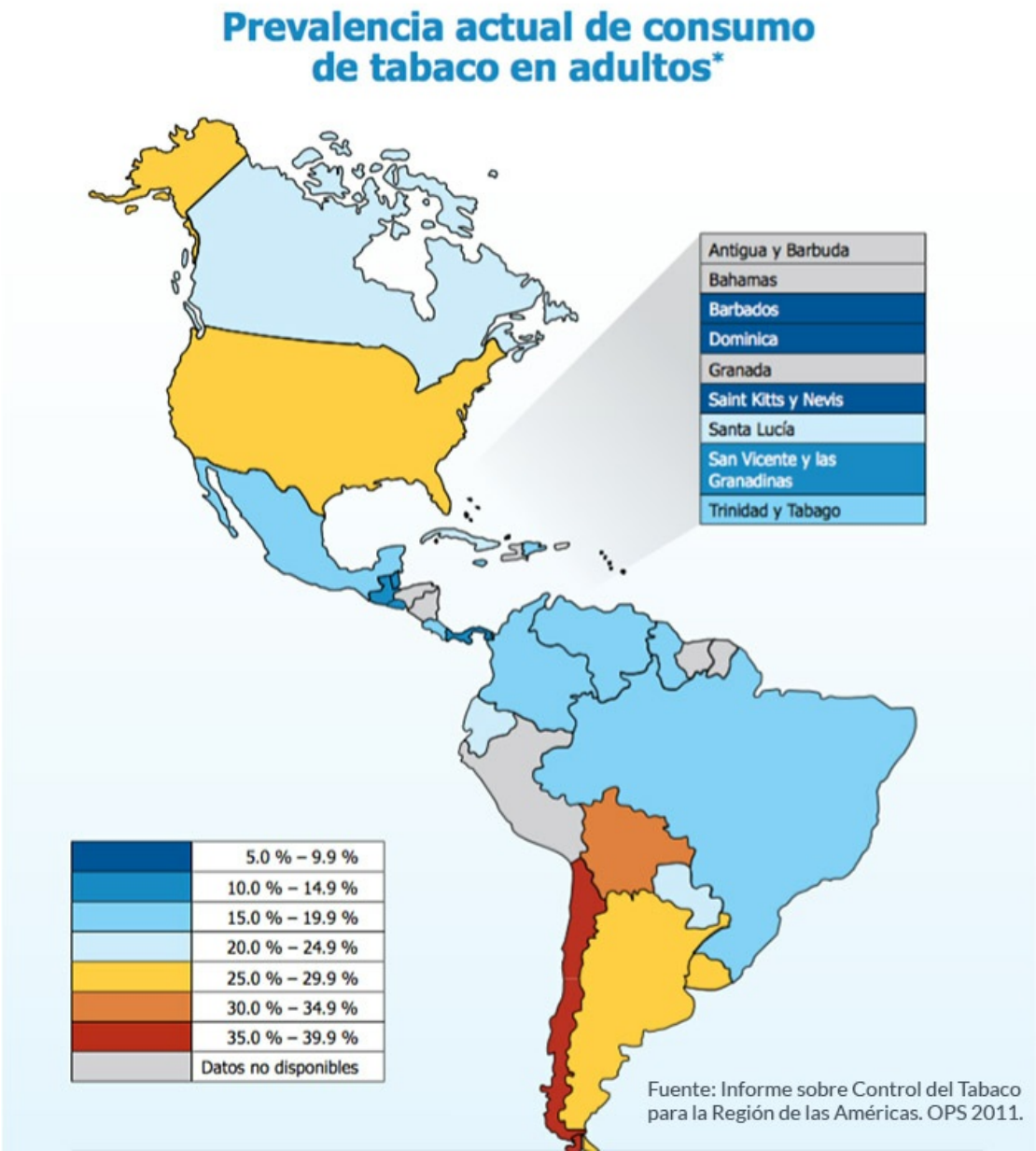
Situación del tabaquismo en Chile

El consumo de tabaco es un grave problema de salud pública, constituyéndose en la actualidad como la principal causa prevenible de muerte en todo el mundo. En Chile, según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del Ministerio de Salud año 2010, la prevalencia de tabaquismo era de 40,6% en los rangos entre 15 y 65 años o más, en población general, sumando fumadores diarios y ocasionales. El porcentaje de hombres que se declaró fumador actual, era significativamente mayor que el porcentaje de mujeres (44,2% versus 37,1% respectivamente).

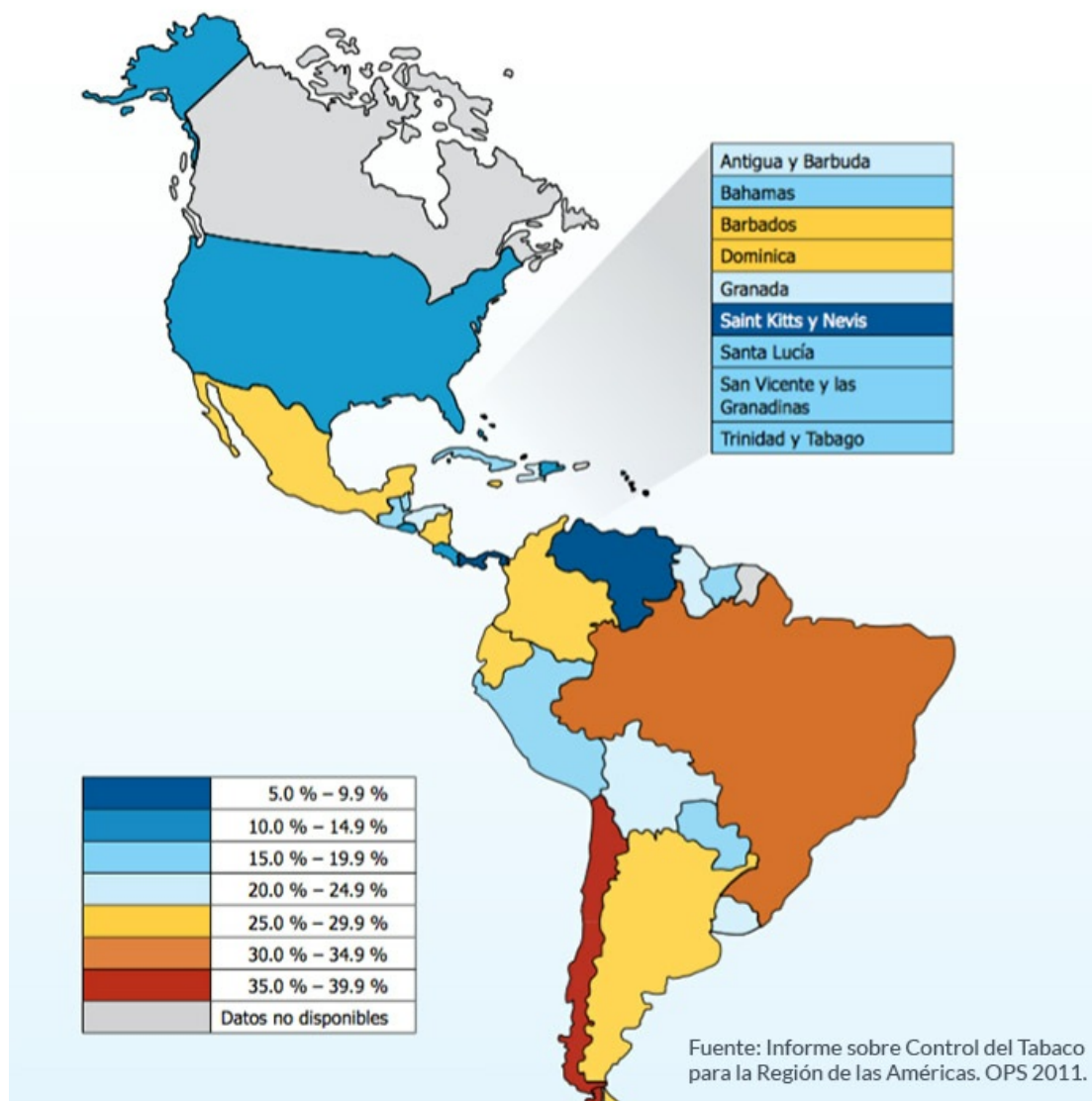
Situación de fumadores y ex fumadores según sexo. Chile 2009-2010						
	Hombres		Mujeres		Ambossexos	
Status	n	Prevalencia	n	Prevalencia	n	Prevalencia
Fumador actual	2.097	44,2 (40,5 – 47,9)	3.070	37,1 (32,2 – 40)	5.167	40,6 (38,2 – 42,9)
Ex fumador (< 6 meses)	2.097	3,4 (2,3 – 4,9)	3.070	3,7 (2,7 – 5)	5.167	3,5 (2,8 – 4,5)
Ex fumador (> 6 meses)	2.097	20,7 (17,9 – 23,8)	3.070	15,6 (13,5 – 17,9)	5.167	18,1 (16,3 – 20)
Nunca fumador	2.097	31,7 (28,6 – 35,1)	3.070	43,7 (40,8 – 46,6)	5.167	37,9 (35,7 – 40,1)

Según cifras de la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2013), Chile tiene la mayor prevalencia del consumo de tabaco de América Latina, con 9,7 millones de fumadores. Las mujeres chilenas tienen el consumo más alto de la región con una prevalencia de 37%, mientras que la prevalencia para consumo diario de tabaco en los hombres es del 44%.

El Atlas del Tabaco en su cuarta versión, asegura que en cuanto a los jóvenes (37,1%), Chile también presenta la mayor prevalencia de consumo de tabaco en América. A continuación, te mostramos dos mapas temáticos presentando esta situación:

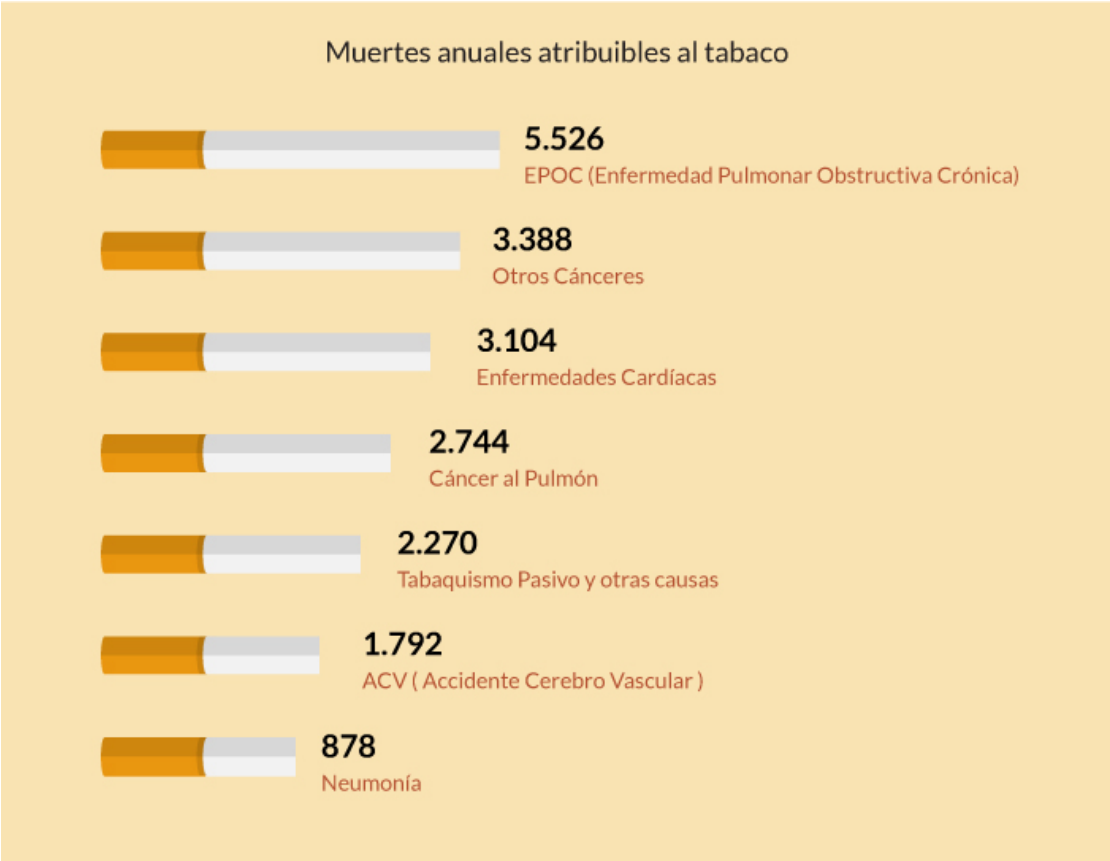


Prevalencia actual de consumo de tabaco en jóvenes*



Tal como mencionamos en el artículo anterior y de acuerdo a los resultados expuestos por el estudio de “Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Chile (2015)⁵”, 54 personas mueren por día en nuestro país a causa del tabaquismo, es decir que unas 19 mil 732 muertes anuales podrían evitarse.

De todas las muertes que se producen en el país, 18,3% pueden ser atribuidas al tabaquismo. Observa la siguiente infografía:



Fuente: Instituto de efectividad clínica y sanitaria (IECS) – www.iecs.org.ar

Según el décimo primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile SENDA 2014, la prevalencia diaria de consumo de cigarrillos experimentó un aumento de 0,8% entre el año 2012 y 2014, quebrando la tendencia a la baja observada desde el año 2002.

Descargable: Evolución de prevalencia de tabaco

DESCARGAR 

Evolución de prevalencia de tabaco, según sexo, tramos de edad y nivel socioeconómico.

(Chile, 2002-2014).

Diaria tabaco	Total	Sexo		Tramos de edad					Nivel socioeconómico		
		Hombre	Mujer	12 a 18	19 a 25	26 a 34	35 a 44	45 a 64	Bajo	Medio	Alto
2002	30,6	33,3	28,0	14,1	36,9	34,0	38,9	28,4	32,1	29,7	28,9
2004	30,5	32,1	28,9	14,8	38,6	35,7	35,5	28,1	31,8	30,1	28,7
2006	28,8	31,8	25,8	12,7	30,1	34,2	31,4	32,3	29,6	29,5	26,9
2008	28,2	29,9	26,5	12,7	31,8	33,2	30,9	30,0	30,3	28,3	25,0
2010	24,5	26,4	22,8	11,1	27,4	29,0	27,4	26,4	27,4	22,9	24,8
2012	21,9	23,8	20,1	6,4	21,0	25,6	26,7	26,1	24,2	21,5	21,0
2014	22,7	23,2	22,2*	8,4	18,9	25,3	26,5	26,3	27,4	22,5	20,5

Fuente: XI Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, SENDA

Ahora, analicemos esas cifras:

1. Datos población general

- 1 | La prevalencia diaria de tabaco detiene el descenso mostrado a lo largo de la década pasada, llegando a un 22,7% en esta versión.
- 2 | Se observa un aumento significativo en mujeres pasando de un 20,1% en 2012 a un 22,2% en 2014, equiparándose las prevalencias de consumo respecto a hombres.
- 3 | En el análisis por rango etario, en ese mismo lapso de tiempo, la mayor disminución de prevalencia/diaria se observa en el rango de 19 – 25 años: 2,1%.
- 4 | El mayor aumento de prevalencia se observa en el rango de 12 – 18 años: 2%.
- 5 | Al comparar las dos últimas encuestas, la prevalencia diaria de tabaco se mantiene estable tanto en el ámbito nacional como por nivel socioeconómico.
- 6 | Las cifras de 2014 muestran una gradiente decreciente por nivel socioeconómico. Tanto el nivel socioeconómico bajo como el medio, evidencian un aumento del consumo entre el año 2012 y el 2014. El nivel socioeconómico alto, muestra una disminución del consumo de 0,5%. El consumo reportado en el nivel socioeconómico bajo, es significativamente mayor respecto de los niveles medio y alto. No se observan diferencias entre estos dos últimos.

Descargable: Evolución de la percepción de riesgoDESCARGAR 

Evolución prevalencia consumo diario de tabaco, según NSE. Chile, 2012-2014

Serie	Total	Nivel socioeconómico		
		Bajo	Medio	Alto
2012	21,9	24,2	21,5	21,0
2014	22,7	27,4	22,5	20,5
		Bajo	0,003	0,000
			Medio	0,149

Evolución de la percepción de riesgo, según año. Chile 2000-2014

Percepción de riesgo								
Serie	Tabaco diario	Cinco o más tragos alcohol al día	Marihuana experimental	Marihuana frecuente	Cocaína experimental	Cocaína frecuentemente	Pasta base experimental	Pasta base frecuentemente
2000	85,5	86,4						
2002	84,7	85,7						
2004	82,1	84,9						
2006	82,0	83,0	46,6	88,3	69,4	97,2	77,2	97,6
2008	83,1	85,4	51,8	84,2	74,5	95,3	81,1	96,2
2010	83,0	85,3	48,1	78,9	69,6	94,0	78,2	95,3
2012	85,6	87,9	46,8	79,0	74,2	94,8	81,6	95,4
2014	85,7	86,9	34,4*	67,2*	73,7	94,5	82,7	95,4
Var 2014-2012	0,1	-0,1	-12,4	-11,8	-0,5	-0,3	1,1	0,0

Nota: proporción de individuos que declaran riesgo grande por cada situación descrita en el encabezado de la columna.

Nota: prevalencias ajustadas por sexo, edad y tamaño poblacional al año de encuesta respectiva.

(*) $p < 0,05$

Como se aprecia en la tabla de "Evolución de la percepción de riesgo" frente al uso frecuente de tabaco, esta ha ido en aumento sostenido a través de los años.

2. Incidencias de consumo de último año

Un indicador para monitorear la demanda del uso de drogas en Chile, tiene relación con la tasa de incidencia de los últimos años, entendida como la proporción de individuos que declaran iniciar el consumo de una sustancia durante los últimos 12 meses, respecto a la población que no ha declarado consumo alguna vez en la vida.

El número de personas que inició consumo de tabaco en el último año, se mantuvo estable respecto a 2012 que corresponde a 639 mil 213 individuos en 2014, de estas un 33,9% corresponde a adolescentes y jóvenes.

Evolución de la tasa de incidencia de consumo. Chile, 1994-2014					
Incidencias de consumo					
Serie	Año tabaco	Año alcohol	Año marihuana	Año pasta base	Año cocaína
1994	17,5	29,3	1,9	0,5	0,5
1996	4,7	13,6	1,3	0,3	0,4
1998	4,5	11,8	1,4	0,3	0,5
2000	6,6	21,8	1,1	0,2	0,4
2002	8,3	28,1	0,8	0,1	0,3
2004	3,8	15,0	0,9	0,1	0,2
2006	8,0	24,3	1,7	0,2	0,3
2008	11,4	25,4	1,3	0,2	0,5
2010	9,9	18,9	0,8	0,1	0,1
2012	10,2	19,0	1,6	0,1	0,1
2014	9,5	21,7*	2,8*	0,1	0,4
Var 2014 - 2012	-0,7	2,7	1,2	0	0,3

Fuente: XI Estudio Nacional de Drogas en Población General. SENDA

3. Datos por regiones

A continuación, presentamos los datos generales del XI Estudio Nacional de Drogas en Población General Chile (Senda, 2014).

Evolución de la prevalencia diaria de consumo de tabaco, según año y región. Chile 2002-2014							
Serie	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Nacional	30,6	30,5	28,8	28,2	24,5	21,9	22,7
Tarapacá	25,9	26,6	27,4	19,5	19,6	12,2	19,4*
Antofagasta	28,3	29,3	25,5	24,4	23,3	21,9	14,6*
Atacama	29,3	28,5	27,0	26,5	22,6	18,7	20,0

Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco

Evolución de la prevalencia diaria de consumo de tabaco, según año y región. Chile 2002-2014							
Coquimbo	27,5	29,1	26,4	27,6	22,6	16,1	14,4
Valparaíso	31,2	31,7	30,5	27,0	21,4	24,6	22,4
O'Higgins	34,9	30,7	26,8	27,7	20,5	23,1	22,6
Maule	27,4	28,7	24,5	23,5	22,6	21,4	18,9
Bíobío	25,9	28,8	27,3	23,0	19,2	19,1	20,7
Araucanía	23,6	24,3	25,0	25,4	21,8	19,6	16,2
Los Lagos	27,1	24,4	25,3	27,3	20,5	21,4	18,7
Aysén	26,1	26,9	26,1	26,6	22,4	24,8	21,1
Magallanes	31,1	31,0	25,4	30,6	22,9	20,8	23,0
Metropolitana	33,1	32,0	30,4	31,0	28,0	23,3	26,1
Los Ríos	24,7	33,6	31,6	26,9	29,1	15,4	16,8
Arica y Parinacota	23,1	21,0	17,2	19,6	8,4	17,2	15,1
nota:(*) p <0,05							
Fuente: XI Estudio Nacional de Drogas en Población General Chile, SENDA. 2014.							

Las regiones con mayor prevalencia diaria de consumo de tabaco son:

- | Región Metropolitana de Santiago: 26,1%.
- | Región de Magallanes: 23%.
- | Región del Libertador Bernardo O'Higgins: 22,6%.

Las regiones con menor prevalencia diaria de consumo de tabaco son:

- | Región de Coquimbo: 14,4%.
- | Región de Antofagasta: 14,6%.
- | Región de Arica y Parinacota: 15,1%.

En la región de Tarapacá, la prevalencia diaria de tabaco muestra un aumento significativo respecto del último estudio, pasando de 12,2% en 2012 a 19,4% en 2014. A pesar de dicho aumento, este resultado es el segundo más bajo de toda la serie, ubicándose bajo el promedio nacional de 22,7%.

Otras regiones que muestran un aumento de la prevalencia de consumo diario, aunque no son significativas, son:

- | Región de Magallanes que aumentó de 20,8% a 23% (-2,2%).
- | Región Metropolitana que aumentó de 23,3% a 26,1% (-2,8%).

En la región de Antofagasta, la prevalencia diaria de consumo de tabaco muestra una disminución significativa, pasando de 21,9% a 14,6%. (-7,3%).

Otras regiones que evidencian una disminución en la prevalencia diaria de tabaco, aunque no significativas, son:

- | Aysén que disminuyó de 24,8% a 21,1% (-3,7%).
- | Araucanía que disminuyó de 19,6% a 16,2% (-3,4%).



En síntesis, el promedio nacional en la prevalencia de consumo diario de tabaco es 22,7%.

4. Población escolar

El Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar 2013, mostró una nueva disminución del uso diario de tabaco entre escolares, confirmando la tendencia a la baja observada en los últimos estudios publicados. Tomando como referencia la prevalencia de consumo en el último mes, el uso de cigarrillos desciende de 42% a 26,7% a lo largo de toda la serie, confirmando en el estudio actual los niveles observados en 2011.

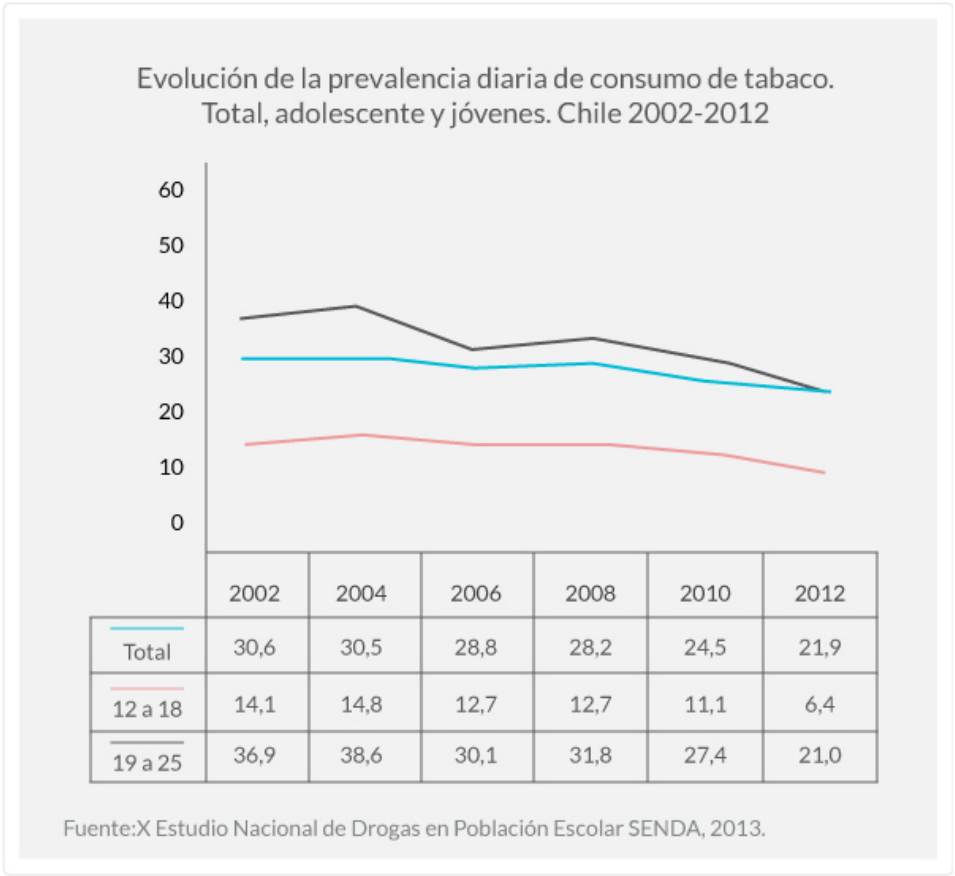


En este estudio se concluye que ha disminuido significativamente la prevalencia de consumo diario de tabaco en escolares, llegando a su nivel más bajo de toda la serie y se reduce a menos de la mitad de lo observado en el año 2003, evidenciándose la mayor disminución en los colegios pagados.

Como se aprecia en el gráfico, a pesar de que se mantiene un aumento sostenido del número de escolares que fuman a medida que se avanza en los cursos, en el estudio de 2011 la prevalencia aumentó en un 11,1% entre 8° y 4° medio, en tanto que en el estudio de 2013, el aumento de la prevalencia fue un 8,2% entre 8° y 4° medio, cifras que pudieran estar reflejando el impacto de las medidas de control del tabaco implementadas a nivel país en los últimos años.



La tendencia a la baja en la prevalencia de consumo diario de tabaco por parte de adolescentes y jóvenes, se registra en el siguiente gráfico:



La percepción de riesgo se define como la proporción de estudiantes que declaran que para ellos consumir una sustancia (alcohol o marihuana) en un patrón determinado de uso (experimental o frecuente), representa una conducta de gran riesgo. Para el caso de tabaco, las medidas empleadas son percepción de riesgo del consumo frecuente y uso diario.

La percepción de riesgo frente al uso frecuente de tabaco, se ha mantenido alta con un 48,5%, es decir 1,4 puntos porcentuales menos que lo reportado en 2011 (diferencia estadísticamente significativa respecto al estudio anterior).

Por otro lado, la percepción de riesgo del uso diario de tabaco muestra un aumento significativo, pasando de 83,9% en 2011 a 85,8% en 2013. Si consideramos que la percepción de riesgo es un elemento protector respecto al consumo de tabaco, estos resultados aparecen como muy positivos para el control del consumo de tabaco en Chile.

Descargable: Evolución de la percepción de riesgo. Chile, 2001-2013

DESCARGAR 

Evolución de la percepción de riesgo. Chile, 2001-2013

Proporción que declara gran riesgo respecto a las frases que se indican

Sustancia	Indicador	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Marihuana	Uso experimental (una o dos veces en la vida)		39,6	39,8	29,6	30,2	17,0	11,7
	Uso frecuente (una o dos veces por semana)	51,3	47,2	51,8	38,2	37,8	48,0	21,1
Cocaína	Uso experimental (una o dos veces en la vida)		54,9	49,6	43,8	41,4	27,6	35,6
	Uso frecuente			68,9	63,9	60,2	58,8	46,1
Tabaco	Uso frecuente			36,0	42,5	45,0	49,9	48,5
	Uso diario	66,7	57,7	58,0	68,0	65,3	83,9	85,8
Alcohol	Abuso (embriagarse algunas veces)			52,9	69,9	69,1	79,8	77,7
	Uso diario			42,6	44,4	45,8	57,6	58,8

Fuente: X Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar SENDA, 2013.

5. Ley de tabaco en Chile

La Ley número 19.419 conocida como “Ley del Tabaco”, promulgada en 1995 y modificada en 2006, es el reglamento que regula las actividades relacionadas con el tabaco, estableciendo normas respecto a su fabricación, publicidad, prohibiciones para fumar en ciertos lugares, fiscalización, sanciones, entre otras.

Esta ley establece:

- | Ambientes cerrados de uso público libres de humo de tabaco.
- | La prohibición de publicidad.
- | Las características de las advertencias sanitarias de los productos del tabaco.

La ley chilena ha ido mejorando en los últimos años, especialmente en las advertencias, prohibición de publicidad y protección de los no fumadores. Para cumplir plenamente con la [estrategia MPOWER](#) impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo ideal es ofrecer tratamiento a los fumadores.

Esperamos que lo aprendido en esta unidad sea de utilidad para que podamos aportar en este sentido. Te invitamos a continuar con las actividades que hemos preparado para ti. ¡Adelante!

Glosario Unidad 1

Disnea: Es una dificultad respiratoria que se suele traducir en falta de aire. Deriva en una sensación subjetiva de malestar que frecuentemente se origina en una respiración deficiente, englobando sensaciones cualitativas distintas y variables en intensidad. Esta experiencia se origina a partir de interacciones en las que intervienen múltiples factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales que pueden inducir, a su vez, desde respuestas fisiológicas a comportamientos secundarios.

Dopamina (DA)¹: Es una hormona y neurotransmisor que, según su estructura química, es feniletilamina y/o catecolamina que cumple funciones muy específicas en el Sistema Nervioso Central (SNC). Es también conocida como una neurohormona liberada por el hipotálamo que inhibe la liberación de prolactina del lóbulo anterior de la hipófisis. La mayoría de sus funciones se desarrollan en el cerebro, manejando actividades importantes como el comportamiento, cognición, actividad motora, motivaciones, regulación de la producción de leche, sueño, humor, aspectos de la atención y aprendizaje. Además se le conoce como un neurotransmisor relacionado con las adicciones, pues diversas drogas (incluyendo el tabaco) liberan esta hormona.

HDL²: El colesterol HDL o lipoproteína de alta densidad, es conocido como colesterol "bueno" porque los niveles elevados de este, disminuyen el riesgo de sufrir enfermedades coronarias. Este colesterol debe representar al menos el 25% de tu nivel total de colesterol.

LDL: El colesterol LDL o lipoproteína de baja densidad, se refiere a menudo como colesterol "malo" porque los niveles elevados de este, aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria. Idealmente, los niveles de LDL deben ser inferiores a 130 miligramos por decilitro de sangre (mg/dL).

Sibilancia³: Sonido de silbido agudo producido por el paso del aire al fluir por conductos respiratorios obstruidos. Por tanto, es un signo de obstrucción de las vías respiratorias.

Sistema dopaminérgico: Conjunto de neuronas que en el cerebro reaccionan a la dopamina (mediador químico). Es una estructura anátomo-funcional que se extiende desde el tegmento a nivel del tronco encefálico, llega con sus proyecciones de fibras al hipotálamo y desde allí a la corteza frontal. Este sistema cumple una función sumamente importante ante las necesidades básicas del ser humano, como son comer, beber y reproducirse. Su neurotransmisor es la dopamina, por lo que se denomina a este sistema como Dopaminérgico o Vía Dopaminérgica.

Sistema Nervioso Central (SNC)⁴: Es la parte del sistema nervioso formado por el encéfalo y la médula espinal. Es el encargado de elaborar las sensaciones y las percepciones, además de controlar los movimientos. El cerebro es su parte más evolucionada y es donde se dan la cognición, el pensamiento, las emociones, la memoria y el lenguaje. El encéfalo es la estructura central más importante del sistema nervioso. Pesa alrededor de 1.4 kg y está situado en la parte superior del cuerpo, protegido por los huesos del cráneo. El encéfalo está compuesto por el cerebro, tronco encefálico y cerebelo.

Bibliografía Unidad 1

- Bello S, Bello M, Flores A. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias 2008; 24: 127-137.
- Bello S, Sergio, Flores C Álvaro, Bello S Magdalena, Chamorro R Haydée. Diagnóstico y Tratamiento Psicosocial del Tabaquismo. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias 2009; 25: 218-230.
- Bello S, Sergio, Soto I, Marina, Michalland H, Susana, & Salinas C, Judith. (2004). Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. Revista médica de Chile, 132(2), 223-232. Recuperado en 03 de junio de 2015, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000200013
- Change in mental health after smoking cessation (2014) Systematic review and meta-analysis. Obtenido el 23 de agosto de 2017 en <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g1151.pdf%2Bhtml>
- Ministerio De Salud (2003) ¿Cómo ayudar a dejar de fumar? Manual para el equipo de salud. Programa de Salud cardiovascular. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2014). Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Versión Breve. Argentina.
- Pichón Rivière A, Bardach A, Caporale J, Alcaraz A, Augustovski F, Caccavo F, Vallejos V, Velazquez Z, De La Puente C, Bustos L, Castillo Riquelme M, Castillo Laborde C. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Chile. Documento Técnico IECS N° 8. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Abril de 2014.
- Observatorio chileno de drogas (2013). Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 8vo Básico a 4to Medio. Senda. Snatigo. Chile. Obtenido el 23 de agosto de 2017 en http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PE/DECIMO%20ESTUDIO%20NACIONAL%20ESCOLARES_2013.pdf
- Observatorio chileno de drogas (2013). Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General. Senda. Santiago, Chile
- Organización Panamericana de Salud (OPS). Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas 2013. Última actualización 29 de Abril de 2015.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Mitos en relación al tabaco.