

Beneficios de dejar de fumar

José Jaime Martínez Vallarta

Bien se sabe que el fumar es un hábito poco saludable; se hace necesario enfatizar la trascendencia de la cesación tabáquica, sobre todo por el indudable beneficio individual de quien abandona la adicción, en términos de expectativa de vida y de bienestar, y muy especialmente el enorme beneficio en términos de salud pública que se deriva de la reducción del asociado, de la fuerza laboral perdida y del enorme gasto generado (Pardell, Saltó, & Salleras, 1996).

La mayor parte de las recomendaciones actuales intentan promover que los médicos incidan más en los refuerzos y en las motivaciones positivas para abandonar esta adicción que en los mensajes excesivamente negativos, alarmistas y culpabilizadores. Desde todos los puntos de vista (sanitario y socioeconómico) el cociente beneficio/riesgo de la cesación es muy superior al de otras actuaciones médicas cotidianas, que se adoptan sin ser sometidas a ningún tipo de cuestionamiento previo.

Así, los beneficios de la cesación sobre la calidad de vida son los más inmediatos y se manifiestan a partir de los primeros días. Pasadas 48 horas se restauran las terminaciones nerviosas del gusto y el olfato, con lo que mejora la capacidad de oler y saborear. Tras varias semanas de cesación mejoran la tinción dental, la halitosis y la patología dental (Organización Médica Colegial, 2002).

Por lo que respecta a la mortalidad general se acepta que hacia los 10-15 años de cesación el riesgo de muerte del exfumador llega a equipararse al del no fumador. Curiosamente, en casi todos los estudios, entre uno y tres años del abandono del tabaquismo se observa un incremento de riesgo, muy probablemente influenciado por la muerte de quienes lo abandonaron por razones de salud. En relación con la morbilidad general el exfumador pasa menos días en cama enfermo que el fumador, tiene menos absentismo laboral, auto refiere mejor estado general y utiliza menos los servicios asistenciales, aun cuando, como se indicó para la mortalidad, durante un primer período breve tras la cesación acude más a menudo al hospital (Pardell, Saltó, & Salleras, 1996).

El organismo de una persona exfumadora, pasa por un proceso de regeneración de las estructuras histológicas, las cuales fueron dañadas durante el periodo en el que la persona fumaba. Cuando una persona deja de fumar se presenta a corto plazo una sensación de malestar general, esto se debe al aumento de la captación de oxígeno durante el ciclo respiratorio y por el mejoramiento del transporte activo del oxígeno en la sangre, lo cual llevará mayor cantidad de átomos de oxígeno a los órganos vitales ocasionando un desequilibrio momentáneo en el paciente (Landeros, et al. 2012).

Desde el punto de vista ético y de salud es incuestionable que el tabaco es la principal causa evitable de muerte y enfermedad y, por tanto, de sufrimiento para la población, por lo que su erradicación debe ser una cuestión de salud pública de primer orden. En este sentido las medidas que se pueden emplear para la cesación tabáquica, desde la intervención mínima, la terapia sustitutiva con nicotina o el tratamiento con bupropión, han demostrado que son costo-efectivas. Desde el punto de vista de la salud pública, los programas de cesación tabáquica pueden ser el procedimiento más eficiente para mejorar la salud de la población.

Una vez establecida la importancia y beneficios de hablar de la cesación del hábito tabáquico, se hace menester explorar lo correspondiente a los efectos y consecuencias que el proceso de deshabitación del hábito tabáquico puede traer aparejado.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia o también llamado síndrome de privación a drogas se define como "grupo de signos y síntomas que aparecen en el individuo como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga" (Martínez López & al, 2011). Si es originado por insuficiente aporte de droga se denomina abstinencia por supresión, y si aparece por la acción de un antagonista se denomina abstinencia precipitada.

Se describen los siguientes tipos:

1. Síndrome de abstinencia agudo: conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente. Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia agudo fácilmente diferenciable de los restantes grupos. La intensidad y gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida.

2. Síndrome de abstinencia tardío: puede describirse como un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos al paciente, le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los hábitos tóxicos.

3. Síndrome de abstinencia condicionado: consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo, que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. El síndrome de abstinencia condicionado suele crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que pueden

precipitar un nuevo consumo tóxico como forma de evitar la situación displacentera en que se encuentra.

Según el DSM-IV (American Psychiatry Association, 2002) dentro del apartado de los trastornos inducidos por sustancias, se define el síndrome de abstinencia sobre la base de tres criterios:

1. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Según el CIE-10, se describe el síndrome de abstinencia como:

- El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia, por lo que este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.
- El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.
- Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad,

depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Depresión

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el estado de ánimo y a la mente; afecta también a la alimentación, al descanso nocturno, a la opinión de sí mismo y a la vida en general.

La depresión es un estado emocional que casi todas las personas sufren en algún momento de su vida. El problema radica en distinguir cuando esa emoción se debe considerar enfermedad y requiere tratamiento médico. "Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, mientras que un tratamiento adecuado puede ayudar al 80% de las personas afectadas" (Hall Ramírez, 2003, pág. 2).

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados (Toro & Yepes, 1998).

La depresión es un sentimiento de tristeza intenso, que puede producirse tras una pérdida reciente y otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la

magnitud del hecho y persiste más allá de un período justificado. Se estima que el 10% de la gente que consulta al médico pensando que tiene un problema físico, tiene en realidad una depresión (Beer & Berkow, 1999).

El uso de este término puede extenderse desde una descripción de un estado de duelo, hasta profundos sentimientos de futilidad y desesperación suicida. En su forma de síndrome integral, la depresión clínica se manifiesta como un trastorno depresivo mayor, con una evaluación episódica y grados variables de manifestaciones residuales entre episodios.

Los trastornos depresivos son comunes. La depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres.

Ansiedad

Hughes y colaboradores (1986), fueron de los primeros autores en encontrar relación entre ansiedad y fumar. En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos, se encontró que en la mayoría de los trastornos las personas que los padecían fumaban significativamente más que en la población general.

En la misma línea de lo anterior, también se ha encontrado relación entre fumar y estrés (Becoña & Vázquez, 1999). En adolescentes, se incrementa el nivel de estrés conforme aumenta su patrón de consumo regular de tabaco. En adultos, fumar ayuda a relajarse, y se ha encontrado que los fumadores están más estresados que los no

fumadores y, cuando dejan de fumar, les disminuye el nivel de estrés a medida que transcurre el tiempo. Hallar en distintos estudios afirmaciones de que el tabaco es relajante y placentero es habitual. Sin embargo, cuando un fumador no puede fumar o está bajo los efectos del síndrome de abstinencia de la nicotina, tiene sentimientos de estrés y de irritabilidad.

Por otra parte, cuando el fumador fuma su nivel de estrés es el mismo que el de un no fumador. No obstante, cuando está sin fumar, su nivel de estrés es mayor. Esto muestra cómo la nicotina es un modulador del humor en fumadores. Fumar les ayudaría a restablecer un nivel normal o adecuado de estrés para ellos, que tienen incrementado cuando no fuman.

La reducción de la ansiedad y del estrés al consumir nicotina hará que ésta tenga una función reforzante. Así, en los fumadores moderados expuestos al estrés y/o a la nicotina, se les incrementa su nivel de cortisol por fumar y por el estrés, separadamente, teniendo un efecto aditivo cuando se combinan los dos. Esto conduce a que fumar sea adaptativo a corto plazo, porque reduce el estrés; pero si esto se mantiene mucho tiempo, y los receptores biológicos para la nicotina y el estrés son los mismos, entonces llegará un momento en que el fumador crónico fumará como una respuesta de afrontamiento farmacológico, para mantener su función metabólica normal en las situaciones para él estresantes. Si esto continúa, la disminución de la reactividad a los corticoesteroides resultará en un estrés crónico, o en

la necesidad de incrementar la dosis de nicotina para lograr el balance metabólico.

Otro hecho destacable es que al dejar de fumar se reduce el estrés en los fumadores. Al principio, cuando se deja de fumar, suele incrementarse, disminuye a niveles normales en varias semanas y desciende conforme va transcurriendo el tiempo de abstinencia. Otros estudios, encuentran aún resultados más claros en esta dirección.

Estudio clínico específico del sujeto fumador

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva recidivante que tiene una elevada prevalencia. Causa un gran número de enfermedades, fundamentalmente respiratorias, cardiovasculares y neoplásicas. Es la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura evitable en países desarrollados, constituyendo un problema de salud pública que requiere un gran esfuerzo por parte de todos los profesionales sanitarios.

Visto de esta manera, el tabaquismo como enfermedad crónica necesita un abordaje clínico similar al resto de enfermedades crónicas: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Algunos fumadores consiguen abandonar el tabaco por sí solos o con una mínima ayuda por parte de su médico, pero hay otros a los que les resulta más difícil y atraviesan múltiples períodos de recaídas hasta conseguir la abstinencia definitiva. Es fundamental que desde las consultas médicas se ayude a estos pacientes

en el proceso de abandono del hábito tabáquico.

Se sabe que cuando la intervención sobre tabaquismo se adapta a las características individuales de cada fumador aumenta su eficacia y eficiencia. Para identificar estas características es clave realizar un diagnóstico correcto. El diagnóstico del fumador se fundamenta en la realización de una historia clínica completa, que, en el caso de tabaquismo, tiene algunas peculiaridades aunadas a la realización de exploraciones complementarias generales y específicas para esta patología.

La aproximación diagnóstica del paciente fumador va a depender de las características del paciente y del objetivo último de la intervención, así como del nivel asistencial en el que esta se desarrolle. Cada profesional deberá adaptar el estudio clínico del paciente fumador a las características del mismo y a las posibilidades de diagnosticar otros problemas adyacentes que se han desarrollado a lo largo de la historia del fumador. Sin embargo, podemos mencionar que dejar de fumar reduce diversas patologías como puede ser la diabetes, fomentar una mejoría en la función y flujo de los vasos sanguíneos, contribuyendo así a la función cardiaca y pulmonar. También es importante mencionar que hay mejoría en las expectativas de vida y se pueden llegar a vivir años con calidad de vida.

Dr. José Jaime Martínez Vallarta
Psicólogo



Referencias bibliográficas

American Psychiatry Association. (2002). DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson.

Becoña, E., & Vázquez, F. (1999). Ansiedad, estrés y adicciones. *Rev. Psicol. Contemp.*, 6, 60-67.

Beer, M., & Berkow, R. (1999). Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica (10a. ed.). Ediciones Hartcourt.

Hall Ramírez, V. (2003). Depresión. Fisiopatología y tratamiento. San José, Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos.

Landeros Olvera Erick et al. (2012) Análisis cualitativo del hábito de fumar en estudiantes del área de salud. *Revista Horizonte de Enfermería*, 23(1), 41-50. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.23.1.41

Martínez López, J. F., & al. (2011). Síndrome de abstinencia. Málaga, España: Hospital Regional Carlos Haya.

Organización Médica Colegial. (2002). Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona, España: Paidós.

Pardell, H., Saltó, E., & Salleras, L. (1996). Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid, España: Bosch.

Toro, R., & Yepes, L. (1998). Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.