



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública  
México

Sansores, Raúl H; Delgado-Ginebra, Ismael; García-Gómez, Leonor A; Noe-Díaz, Valeri;  
Ramírez-Venegas, Alejandra; Conteras-Romero, Rocío; Lozano-Vargas, Monserrat;  
Pérez-Márquez, Lydia E

Déficit en la asistencia médica farmacológica y de seguimiento en el tratamiento del  
tabaquismo en México

Salud Pública de México, vol. 58, núm. 6, noviembre-diciembre, 2016, pp. 599-600

Instituto Nacional de Salud Pública  
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649652012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

## Referencias

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Panorama general, Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. Nueva York: EUS, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015 [consultado el 5 de enero de 2016]. Disponible en: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015\\_human\\_development\\_report\\_overview\\_-es.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-es.pdf)
2. Minujin A, Bagnoli V, Osorio A, Aguado L. Primera infancia. Cómo vamos. Identificando desigualdades para impulsar la equidad en la infancia colombiana. Santiago de Cali, Colombia: Fundación Corona, Equidad para la Infancia, Red de Ciudades Como Vamos, Pontificia Universidad Javeriana Cali, 2014 [consultado el 18 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/librol\\_primera\\_infancia\\_completo\\_gjdr.pdf](http://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/librol_primera_infancia_completo_gjdr.pdf)
3. BID. Los primeros años. El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. New York: Banco Interamericano de Desarrollo, 2015 [consultado el 15 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.equidadparalainfancia.org/wp-content/uploads/2016/03/BID-2015-Los-primeros-a%C3%B1os.pdf>
4. Pérez T. El clima escolar, factor clave en la educación de calidad. Reflexión e investigación. Revista Editorial del Congreso por una Educación de Calidad. Cartagena de Indias, Colombia: Fundación por una Educación de Calidad y Fondo Editorial del Caribe, 2011.
5. Moreno D, Estévez E, Murgui S, Musitu G. Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y conducta violenta en la adolescencia. IJP&PT 2009;9 (1):123-136.
6. Orpinas P, Horne A. Bullying prevention: creating a positive school climate and developing social competence. Washington DC: American Psychological Association, 2006.
7. Thapa A, Cohen J, Guffey S, Higgins D'Alessandro A. A review of school climate research. RER 2013;83(3):357-385.
8. Assael J, Neumann E. Clima emocional de aula. Santiago de Chile: Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación PII, 1991.
9. LLECE. Los aprendizajes de los estudiantes de América Latina y el Caribe. Resumen Ejecutivo del Primer Reporte de Resultados del Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE). París: UNESCO, 2008 [consultado el 7 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001606/160659s.pdf>
10. MINEDUC. Presentación Informe de Resultados Nacionales SIMCE 2014. Unidad de Currículum y Evaluación. Agencia de Calidad de la Educación. Chile: Ministerio de Educación de Chile 2015. Consultado en: [ciaeducacion.cl/resultados-2014/Presentacion\\_Entrega\\_Results\\_2014\\_8\\_II\\_III.pdf

  11. Jia Y, Way N, Ling G, Yoshikawa H, Chen X, Hughes D, Lu Z. The influence of student perceptions of school climate on socio-emotional and academic adjustment: A comparison of Chinese and American adolescents. \*Child Development\* 2009;80\(5\):1514-1530.
  12. Lee T, Cornell D, Gregory A, Fan X. High suspension schools and drop-out rates for Black and White students. \*ETC\* 2011;34\(2\):167-192.
  13. Wang M, Selman R, Dishion T, Stormshak E. A Tobit regression analysis of the covariation between middle school students' perceived school climate and behavioral problems. \*J Res Adolesc\* 2010;20\(2\):274-286.
  14. Virtanen M, Kivimaki M, Luoma P, Vahtera J, Elovainio M, Jokela J, Pietiläinen M. Staff reports of psychosocial climate at school and adolescents' health, truancy and health education in Finland. \*Eur J Public Health\* 2009;19\(5\):554-560.
  15. Polanin J, Dorothy L, Pigott T. A meta-analysis of school-based bullying prevention programs' effects on bystander intervention behavior school psychology review. \*School Psychology Review\* 2012;41\(1\):47-65.
  16. Horton P. School Bullying and social and moral orders. \*Children & Society\* 2011;25:268-277.
  17. Ortiz-Hernández L, Valencia-Valero G. Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. \*Cad Salud Pública\* 2015;31\(2\):417-430. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00065314>](http://archivos.agen-</a></li>
</ol>
</div>
<div data-bbox=)

## Déficit en la asistencia médica farmacológica y de seguimiento en el tratamiento del tabaquismo en México

*Señor editor:* El tabaquismo es una adicción que causa la muerte prematura de la mitad de sus consumidores. Con una prevalencia de hasta 21.7%<sup>1</sup> y 60 000 muertes atribuibles en México en 2010,<sup>2</sup> se puede entender por qué el tabaquismo es un serio problema de salud. Debido a que no se conocen adecuadamente los recursos físicos, humanos y de tratamiento empleados en las clínicas de cesación tabáquica en México, se decidió realizar un estudio para conocer dichos recursos, así como la forma de tratamiento y seguimiento: la información se podría utilizar para implementar mejoras. Se recabó la información a

través de cuestionarios aplicados a personal que labora en clínicas de tabaquismo, que brindan atención de ayuda para dejar de fumar de manera rutinaria, y que acudió al curso de "Censo de Capacitación y Certificación" (Cecace) para certificar a personal dedicado al tratamiento de tabaquismo como expertos en esta materia de 2012 a 2014 impartido en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER). Se excluyó personal administrativo, de tercer nivel de atención o que contestara menos de 80% del cuestionario. Se aplicaron 13 preguntas (seis dicotómicas y siete de opción múltiple) que evaluaban recursos físicos dentro de la clínica o centro, funciones y responsabilidades del personal, tipo de atención brindada, tratamientos prescritos, seguimiento y referencia de los pacientes, así como campañas de prevención o investigación realizadas en el centro. Se realizó un análisis descriptivo. Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Se incluyeron en este estudio 172 cuestionarios que se agruparon según el lugar de procedencia de los participantes, quedando un total de 79 centros de atención diferentes: 66 centros especializados en adicciones (83.1%), siete hospitales (8.8%); dos Centros de Readaptación Social (Cereso) (2.5%) y cuatro centros de salud o Unidades de Medicina Familiar (5.1%). De ellos, cinco están ubicados en la Ciudad de México (6.3%), 36 en el Estado de México (45.6%), 23 en Guerrero (29.1%), seis en Querétaro (7.6%) y nueve en Zacatecas (11.4%). Los resultados del cuestionario mostraron que el personal de psicología interviene en 100% de los centros para dejar de fumar (n=79), los médicos no especialistas en 51.9% (n=41) y los médicos especialistas en 17.7% (n=14). Se reportó dar consejo breve en 98.73% (n=78) de estos centros, brindado por el psicólogo en 97.4%

(n=77), trabajador/a social en 64.5% (n=51), médico en 56.9% (n=45) y personal de enfermería en 21.5% de los centros (n=17). El manejo conjunto entre médico y psicólogo solamente se reportó en 46.8% (n=37) de los centros, en 52% (n=42) solamente hay abordaje psicológico y en 1.2% (n=1) únicamente médico. El abordaje psicológico brindado es principalmente consejería breve en 93.6% (n=74) y terapia individual en 87.34% (n=69). El tratamiento farmacológico más comúnmente prescrito es la Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN), utilizada en 17.7% de los centros (n=14), seguido por Bupropión con 12.6% (n=10) y Vareniclina en 10.3% (n=8). Resalta que 81% de los centros (n=64) reportaron que no se prescribe ningún fármaco como parte del tratamiento a los fumadores. Ningún centro reportó tener un programa estructurado de seguimiento a largo plazo para determinar el éxito de sus intervenciones y sólo 67% (n=53) reportó tener un programa para prevención de recaídas. Finalmente, de los 79 centros evaluados, en 93.6% (n=74) se realizaron campañas de prevención de tabaquismo y sólo en 7.5% (n=6) se señaló que se realiza investigación sobre tabaquismo. Este es el primer estudio donde se evalúa en una muestra no aleatorizada el modelo de atención y los recursos de los centros de atención primaria al tabaquismo. Los hallazgos más importantes de este escrutinio son la escasa participación del personal médico en el tratamiento del tabaquismo, en particular de especialistas; el poco uso de tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica, debiendo ser éstos la base del tratamiento;<sup>3-5</sup> la falta de un programa de seguimiento a mediano y largo plazo para la prevención de recaídas en algunos centros, cuestión vital al tratarse de una adicción;<sup>6</sup> y la falta de investigación en estos centros.

Existen pocos reportes en México sobre centros o clínicas para dejar de fumar que describan áreas de oportunidad para mejorar el tratamiento de los pacientes que acuden en busca de ayuda.

Raúl H Sansores, M en C,<sup>(1)</sup>  
raulsansores@yahoo.com.mx

Ismael Delfgado-Ginebra, L en Med,<sup>(1)</sup>

Leonor A García-Gómez, M en Psic,<sup>(1)</sup>

Valeri Noe-Díaz, M en Psic,<sup>(1)</sup>

Alejandra Ramírez-Venegas M en C,<sup>(1)</sup>

Rocío Conteras-Romero, L en Psic,<sup>(1)</sup>

Montserrat Lozano-Vargas, L en Psic,<sup>(1)</sup>

Lydia E Pérez-Márquez, L en Psic en T Soc.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Departamento de Investigación en Tabaquismo

y EPOC, Instituto Nacional de Enfermedades

Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Ciudad de México, México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.8077>

## El diagnóstico molecular en la praxis de la oncología en el Sector Salud. El laboratorio de oncología molecular como herramienta

**Señor editor:** Las enfermedades oncológicas son la tercera causa de morbilidad en México y afectan predominantemente al grupo de población adulta. El cáncer corresponde a un proceso patológico individualizado de gran complejidad que se desarrolla en un microambiente celular. Clásicamente, en su evaluación clínica son considerados los cambios fenotípicos macroscópicos que se presentan en el paciente, y los cambios fenotípicos microscópicos que se expresan en los tejidos y células afectadas. En las últimas tres décadas, el cáncer se ha estudiado como un sistema biológico molecular, en el cual sus perfiles celulares genómicos, transcriptómicos, epigenómicos, proteómicos y metabolómicos son analizados a través de diferentes metodologías de biociencias moleculares.<sup>1</sup> Este análisis ha conducido a un mejor entendimiento del comportamiento biológico de los diversos tipos y subtipos de tumores malignos, a una mejor correlación entre los aspectos clínico, microscópico y molecular, a una selección más racional de esquemas terapéuticos y a una mejor respuesta terapéutica, particularmente en los casos donde la identificación de un biomarcador molecular es bioactivo del proceso neoplásico, y puede ser modulado por medio de la aplicación clínica de un inhibidor molecular correspondiente. Ejemplos de esta última condición son las determinaciones de tirosina quinasas en diferentes tumores sólidos y no sólidos y el empleo de sus inhibidores. En los últimos años, las determinaciones

## Referencias

1. Villatoro-Velázquez JA, Bustos-Gamiño M, Oliva-Robles N, Fregoso-Ito D, Mujica-Salazar A, Martín del Campo-Sánchez R, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco. Distrito Federal: Secretaría de Salud, 2015 [consultado el 27 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE-DROGAS\\_2014.pdf](http://conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE-DROGAS_2014.pdf)
2. Guerrero-López CM, Muñoz-Hernández JA, Sáenz de Miera-Juárez B, Reynales-Shigematsu LM. Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México. Salud Pública Mex 2013;55(Suppl 2):S276-S281. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5125>
3. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Library 2008; 4 [consultado el 27 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.ncsct.co.uk/usr/pub/individual-behaviour-counselling.pdf>
4. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews (serie en internet) 2013;5:CD009329. <http://doi.org/bq7m>
5. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews (serie en internet) 2012;10:CD008286. <http://doi.org/bq7n>
6. Koçak ND, Eren A, Boga S, Aktürk ÜA, Öztürk ÜA, Arınc S, Şengül A. Relapse Rate and Factors Related to Relapse in a 1-Year Follow-Up of Subjects Participating in a Smoking Cessation Program. Respir Care 2015;60(12):1796-1803. <http://doi.org/bq7p>