



MÓDULO 2.

Identificación del usuario

Contenido

- Tamizaje universal
- Pregunta clave
- Evaluación
- Dependencia
- Motivación
- Patrones de consumo
- Intentos previos

Identificación de los consumidores de tabaco

La Región de las Américas ha experimentado una disminución en la prevalencia del consumo actual de tabaco en adultos, y eso se tradujo en una reducción significativa en la cantidad total de consumidores de tabaco: en el año 2000 había 172 millones de consumidores, y en el año 2020, 125 millones, a pesar del aumento de la población (1).

Esto significa que aún existen en nuestra región muchas personas que necesitan ayuda para dejar de fumar.

La identificación sistemática de los consumidores de tabaco y nicotina es el primer paso fundamental para una atención eficaz en la cesación (2).

El consumo de tabaco debe considerarse un signo vital y evaluarse en cada visita. Al igual que la presión arterial o el peso corporal, constituye un indicador clave de salud que debe documentarse sistemáticamente en el registro del paciente, ya sea electrónico o manual (2–4).

Detección: pasos a seguir

La pregunta de detección recomendada es: “¿Ha consumido algún producto de tabaco o nicotina en los últimos 30 días?”. Este lenguaje inclusivo permite abarcar todas las formas de consumo de tabaco y nicotina.



Confiar únicamente en la pregunta “¿Fuma usted?” proporciona información sobre el comportamiento del paciente, pero no sobre la cognición detrás de dicho comportamiento (5).

¿Cómo integrar la detección en el trabajo clínico?

El personal de recepción o los asistentes pueden marcar las historias clínicas para su revisión del estado de consumo.

La detección puede incorporarse al proceso de admisión y activarse mediante plantillas en las historias clínicas electrónicas (HCE).

La HCE debe incluir campos obligatorios para registrar el estado del uso de tabaco, el tipo de producto y la frecuencia de consumo (6).

El lenguaje importa

Al momento de intervenir, se debe adoptar un enfoque respetuoso, sin juicios y culturalmente sensible. Utilice términos como “personas que aún consumen tabaco” en lugar de “fumadores”.

Formule preguntas abiertas como “¿Qué papel desempeña el tabaco en su día?”. Reconozca que para muchas personas dejar de fumar puede ser difícil, mediante afirmaciones como “muchas personas necesitan varios intentos antes de lograrlo”.

Documentar, también importa

Para cada producto, documente lo siguiente:

Frecuencia del consumo: diaria, algunos días, rara vez.

Cantidad: cigarrillos por día, cápsulas por semana, sesiones.

Duración del consumo: años de uso, edad de inicio, intentos recientes de abandono (7).

En el cuadro se proporciona una lista de productos comunes de tabaco y nicotina clasificados por tipo y ejemplos para facilitar la documentación y detección precisas.



CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN BREVE
Combustibles	Cigarrillos, cigarros, pipas, <i>bidis</i> , <i>kreteks</i>
Productos de tabaco sin humo	Tabaco para masticar, rapé, snus, disolubles
Pipa de agua	<i>Narguile/hookah</i>
Productos electrónicos	Cigarrillos electrónicos, sistemas electrónicos de administración de nicotina, productos de tabaco calentado
Productos emergentes	Bolsas de nicotina y formulaciones novedosas

Despite consumo dual (combustibles y cigarrillos electrónicos u otro tipo de producto emergente); cigarrillos y marihuana.

Dimensiones de la evaluación inicial

Vaya más allá de identificar al paciente como consumidor y el tipo de producto; incluya también:

Preparación para dejar: utilice una regla de importancia adaptada o escala de preparación (0-10) o el modelo de etapas del cambio (8).

Nivel de dependencia: Habitualmente, la dependencia a la nicotina/cigarrillos se evalúa principalmente mediante la prueba de dependencia a la nicotina de Fagerström, que proporciona no solo una respuesta de sí/no, sino también una puntuación final que clasifica a los fumadores según su nivel de dependencia a la nicotina: bajo, medio o alto (9).

Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la dependencia a la nicotina de la persona. El nivel de dependencia a la nicotina puede utilizarse para orientar el diseño de planes de tratamiento para los pacientes.

Existe una versión abreviada del Test de Fagerstrom (10).



1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos 11 a 20 21 a 30 31 o más	0 1 2 3
2. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 15 minutos 16 a 30 minutos 31 a 60 minutos más de 60 minutos	3 2 1 0
3. ¿Fuma más en las mañanas?	Sí No	1 0
4. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	Sí No	1 0
5. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero del día. Cualquier otro.	1 0
6. ¿Fuma aunque esté enfermo y tenga que pasar la mayor parte del tiempo en cama?	Sí No	1 0

Test de Fagerstrom abreviado

Las preguntas clave son la 1 y la 4: el número de cigarrillos que se fuman diariamente y la hora del primer cigarrillo después de despertarse por la mañana.

Estas preguntas pueden ser formuladas por un médico durante la consulta y constituyen la versión más corta de la prueba, con una puntuación de 0 a 6, con los mismos valores que la versión de 10 preguntas de la FTND. Se conoce también como Heaviness of Smoking Index (HSI) (11).

Factores motivacionales: explore tanto las razones para dejar de fumar (salud, finanzas, familia) como las razones para continuar (alivio del estrés, contexto social).

Se recomienda evaluar la motivación de un fumador para dejar de fumar.

Todos los profesionales de la salud deben saber evaluar la motivación de sus pacientes. Existen diversos métodos que se pueden utilizar para evaluar la motivación para dejar de fumar. Describimos algunos aquí.

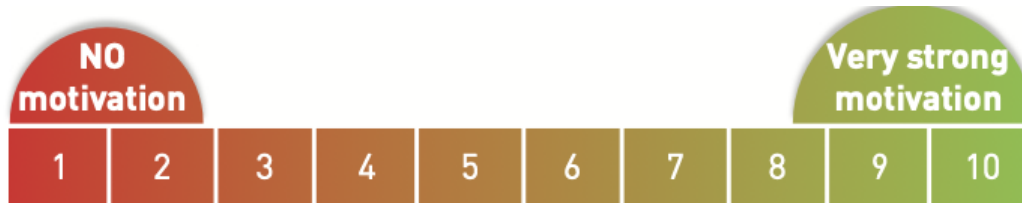
La motivación se puede evaluar mediante preguntas directas, entre ellas:

¿Desea dejar de fumar ahora o en el próximo mes?

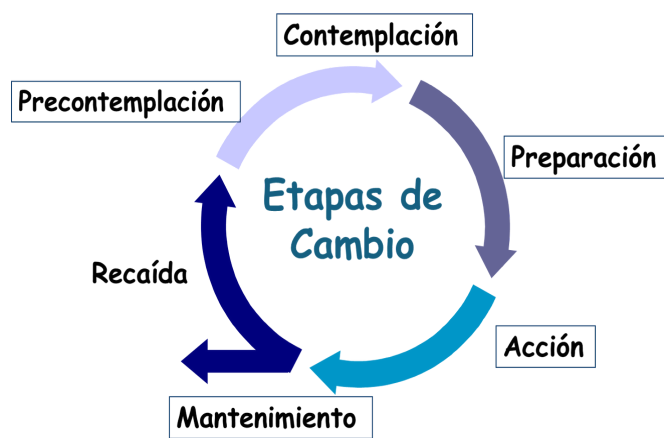
Si decide dejar de fumar---- ¿qué tan seguro/a está de que lo logrará?

¿Cuáles son sus razones para querer dejar de fumar?

¿Qué tan importante es para usted dejar de fumar? (vea escalas analógicas)



Según el conocido Modelo Transteórico (MTT) del cambio de comportamiento de J.O. Prochaska y C.C. DiClemente, el proceso psicológico para dejar de fumar pasa por cinco etapas (12).



Modelo de etapas del cambio de Prochaska y DiClemente.

Desencadenantes. Documente patrones como: las ansias de fumar al despertar, el consumo después de las comidas, el uso relacionado con el estrés o situaciones sociales.

Evalúe Exposición al consumo de tabaco. Pregunte sobre: miembros del hogar que usan productos de tabaco, amigos fumadores, si aún se permite fumar en lugares de trabajo (13).

También si se fuma en el interior de los autos. Esto es particularmente importante en los contextos de pediatría, atención prenatal y medicina familiar, donde proteger a las poblaciones vulnerables puede ser un fuerte motivador para el cambio.

Evaluar intentos previos. Se ha demostrado que la experiencia previa con el abandono del tabaquismo es altamente predictiva de futuros intentos y puede utilizarse para orientar el tratamiento (14).

Se recomienda que los profesionales clínicos evalúen:



el número de intentos previos para dejar de fumar,
el período más prolongado de abstinencia,
cualquier tratamiento previo para dejar de fumar y en qué consistió,
cualquier antecedente de síntomas de abstinencia,
cualquier factor de riesgo de recaída,
los aspectos positivos descritos durante la abstinencia.

Estas características son importantes para anticipar los factores de riesgo de éxito o fracaso del tratamiento, así como el cumplimiento del mismo y la capacidad del paciente para superar la abstinencia.

Integración en el flujo de trabajo

Los modelos basados en equipos hacen que la detección sea viable:

El personal de recepción puede marcar las historias clínicas para revisión.

Personal de Enfermería puede realizar la detección inicial.

Los proveedores ofrecen una intervención breve.

Los apoyos del sistema incluyen plantillas en las HCE, recordatorios automáticos y paneles de control para monitorear las tasas de detección e intervención (15).

Impacto de la identificación sistemática

Las clínicas que ofrecen de forma sistemática el consejo muy breve (≤ 3 minutos) mediante protocolos estructurados logran tasas de abandono del tabaquismo entre un 17 y un 22 % más altas que las que se consiguen con la atención habitual o sin consejos.

La identificación sistemática del estado tabáquico ayuda a integrar el apoyo para dejar de fumar en el manejo rutinario de las enfermedades crónicas, reforzando como un componente esencial de la atención al paciente en lugar de un tema de discusión opcional (16).



Referencias

1. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2024. 2025 [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924011627>
2. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville, MD: U.S. Public Health Service; 2008.
3. Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB. Tobacco use as a vital sign: a reassessment. *J Gen Intern Med*. 1995;10(7):402-408.
4. World Health Organization. WHO Clinical Treatment Guideline for Tobacco Cessation in Adults. Geneva: WHO; 2024.
5. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(3):390–395.
6. Theobald M, Botelho RJ, Saccocio SC, Houston TP, McAfee T, Mullins S, et al. Treating tobacco dependence practice manual: a systems-change approach. Leawood, Kansas: American Academy of Family Physicians; 2017.
7. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–5. Available from: <http://doi.org/10.1037/0022-006x.51.3.390>
8. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, Hovell MF, et al. Beliefs about thirdhand smoke and home smoking bans. *Pediatrics*. 2009;123(1):e74–9. Available from: <http://doi.org/10.1542/peds.2008-2184>
9. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12:159–182.
10. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-1127.
11. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict*. 1989;84(7):791-799.
12. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend*. 2013;128(2):15-19.
13. World Health Organization. Second-Hand Smoke and Third-Hand Exposure: Fact Sheet. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/smokefree-homes-fs-general-public.pdf>



14. Walker MS, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2006;15:2370–2377.
15. Piper ME, Baker TB, Mermelstein R, Collins LM, Fraser DL, Jorenby DE, et al. Recruiting and engaging smokers in treatment in a primary care setting: developing a chronic care model implemented through a modified electronic health record. *Transl Behav Med*. 2012;3(3):253–63. Available from: <http://doi.org/10.1007/s13142-012-0178-8>
16. Babb S, Malarcher A, Schauer G, Asman K, Jamal A. Quitting smoking among adults—United States, 2000–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;65(52):1457–64. Available from: <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm6552a1>