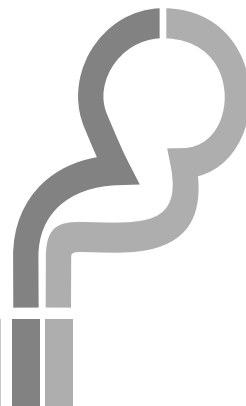


MANUAL DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO **DEL** TABAQUISMO



MANUAL

**DE PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO
DEL TABAQUISMO**



Autores:

Dra. Elba Lorenzo Vázquez
Dra. Ester Castillo Rodríguez
Dra. Beatriz Ruth Valdés Girona
Dr. Johan Perdomo Delgado
Dra. Sonia Marrero Sotolongo

Colaboradores

Dr. Ricardo González Menéndez
Dra. Liset Pupo Ávila
Dra. María Rosa Sala Adam
Lic. Ana Cepero Gil
Dra. Maritza Leyva Serrano
Dra. Aleida Núñez Tamayo
Dr. Justo Reynaldo Fabelo Roche
Dra. Patricia Varona Pérez

ISBN: 978-959-283-160-5

Editorial Lazo Adentro

Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, 2016



Índice

Introducción	/5
Magnitud del problema	/7
Niveles de intervención	/9
Consejo médico e intervención breve	/14
Intervención intensiva	/15
Consulta multidisciplinaria de cesación tabáquica	/15
Intervención especializada.....	/41
Información estadística.....	/58
Indicadores.....	/59
Bibliografía	/60
Anexos	/66

Introducción

El tabaco es el único producto de consumo masivo, legalmente vendido, que mata a la mitad de sus consumidores crónicos y daña de múltiples maneras al individuo, la familia, la sociedad y al medio ambiente.

En la actualidad, la capacidad adictiva del tabaco está fuera de toda duda y se considera que el tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica que pertenece al grupo de las adicciones, clasificada dentro del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV) de la American Psychiatric Association. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS también incluye el tabaquismo dentro de los "Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo del tabaco", en la sección F17.

Existen evidencias que indican claramente que los médicos y otros profesionales de salud podrían desempeñar un papel de gran importancia en la reducción del tabaquismo si ayudaran a sus pacientes a dejar de fumar. Los fumadores perciben a su médico como una fuente digna de crédito en lo que a información sobre la salud se refiere. Según revelan algunos estudios, el 70 % de los fumadores indica que trataría de dejar de fumar si su médico le brindara asesoría y apoyo.

El Plan estratégico para controlar la adicción tabáquica publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) confiere una gran importancia a la ayuda que se le debe brindar al fumador; plantea que se deben fortalecer los sistemas de salud para que faciliten asesoramiento sobre el abandono del tabaco en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Para dar solución al tabaquismo como problema de salud debemos actuar desde múltiples ángulos; mientras más medidas de prevención y control se desarrollen, más se reducirá el número de personas que se inician y se incrementará la proporción de quienes desean conseguir la abstinencia. Estas medidas deben ir acompañadas de una política asistencial eficaz, lo que permitirá conseguir una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad causadas por el consumo del tabaco.

En nuestro país, la existencia de un programa nacional de prevención y control del tabaquismo constituye un avance importante en la dirección marcada por los organismos internacionales. Por este motivo y por los propios requerimientos para asegurar el desarrollo de las estrategias establecidas en dicho programa es que se hace conveniente orientar las actuaciones de prevención y de tratamiento para ayudar a las personas que han desarrollado una dependencia al tabaco.

Para asumir el abordaje del tabaquismo de manera más eficiente el Sistema Nacional de Salud necesita unificar criterios para la implementación de los servicios; asignar los recursos necesarios, tanto humanos como materiales; hacer uso de los instrumentos y tratamientos apropiados y desarrollar de manera adecuada el proceso de formación profesional (de pre y postgrado, de especialización y de formación continuada).

El presente manual pretende unificar criterios y actuaciones que contribuyan a la efectividad de las estrategias a desarrollar para la prevención y control del tabaquismo.

Magnitud del problema

Cada año mueren en el mundo cerca de cinco millones de personas a causa del consumo de tabaco y la mitad de estas muertes ocurren entre los 30 y 69 años, perdiéndose más de 20 años de esperanza de vida. Cada cigarrillo consumido acorta en siete minutos la vida del fumador.

Las tendencias indican que para el año 2020, más de 10 millones de personas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas, durante la madurez productiva, con una pérdida individual de 10 a 20 años de vida. Para el 2030, siete de cada 10 de las defunciones ocurrirán en países en vías de desarrollo.

El tabaquismo ocasiona el 12 % de la mortalidad adulta mundial, se relaciona con el 33 % de las defunciones por todos los cánceres, con 80 a 90 % por cáncer de pulmón, con el 25 % de las cardiopatías isquémicas y el 75 % del enfisema pulmonar y la bronquitis crónica.

El tabaquismo pasivo es una de las principales causas de enfermedades en los no fumadores sanos, encontrándose tasas de mortalidad y morbilidad 30 % más altas en ellos. Aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón en 20-30 % y de enfermedades cardiovasculares en 25 %. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) calcula que cada año al menos 200 000 trabajadores mueren a causa del tabaquismo involuntario en su lugar de trabajo.

En los niños fumadores pasivos causa incremento de la frecuencia de bronquitis, otitis, asma, y del síndrome de muerte súbita del lactante, contribuye también a la enfermedad cardiovascular en la edad adulta. Si la embarazada es fumadora activa o pasiva puede tener un aborto espontáneo, parto prematuro o presentar el feto disminución del crecimiento intrauterino, entre otros daños.

En Cuba, el tabaquismo es un serio problema de salud, de las diez primeras causas de muerte, ocho están relacionadas con esta adicción. Entre los países de América, ocupamos el quinto lugar en prevalencia de tabaquismo, con un 23.7 %. La mayoría de los fumadores inician la adicción antes de los 20 años. En el 2010 el 9.7 % de los estudiantes de 7^{mo.} y 9^{no.} grado eran fumadores activos, el 24.6 % habían fumado alguna vez y el 10.2 % eran susceptible a iniciarse. Desean dejar de fumar el 61 % y lo han tratado de abandonar el 57 %. El 59 % de adolescentes son fumadores pasivos en el hogar y fuera de este.

Esta adicción constituye el principal factor de riesgo del cáncer de pulmón; en el año 2007 se incrementó el número de casos a 5 104 nuevos pacientes, representando el 16 % del total de

casos de cáncer reportados. La incidencia de cáncer de pulmón en las mujeres cubanas es más elevada que la observada en países desarrollados.

En el año 2013 la mortalidad por cáncer de pulmón continuó su comportamiento ascendente, registrándose 5 212 fallecidos. En el caso de las mujeres fue superior a las muertes por cáncer de mama y por cáncer de útero y cuello de útero.

Los datos más recientes sobre mortalidad asociada al consumo de tabaco en Cuba muestran que en el año 2013 fallecieron 13 303 cubanos como consecuencia del tabaquismo. Esta elevada mortalidad, junto con la alta prevalencia —el 23.7 % de la población mayor de 15 años consume tabaco—, convierten al tabaquismo en una enfermedad crónica que debe ser especialmente considerada por todos los profesionales de la salud.

La intervención continua y sistemática sobre el tabaquismo por parte de todos los profesionales de la salud es una de las medidas más eficientes para ayudar a que los fumadores dejen de consumir tabaco.

Niveles de intervención

La población en general se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo para iniciarse en el consumo del tabaco, por lo que es indispensable promover y fortalecer desde el primer nivel de atención los factores protectores, a fin de disminuir o desalentar a ciertos grupos vulnerables a iniciarse en el consumo de tabaco y propiciar que se mantengan sanos. En las unidades del primer nivel de atención se desarrollan actividades dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente que favorecen la prevención del tabaquismo.

La Atención Primaria de Salud ofrece una oportunidad excelente para el abordaje del tabaquismo por su accesibilidad, su función de puerta de entrada al sistema de salud y la continuidad en la atención a las personas que fuman. Si bien la carga asistencial es elevada y el tiempo de que se dispone en cada consulta es corto, también es cierto que muchos fumadores acuden a consulta por síntomas relacionados con el tabaco y que la continuidad de la atención a través de los años da la oportunidad de hacer intervenciones breves, pero acumulativas, que pueden lograr un importante efecto a lo largo del tiempo.

Un alto porcentaje de la población acude al consultorio del médico y enfermera de familia al menos una vez al año, y las personas que fuman acuden con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una única e importante oportunidad de intervenir en un gran número de personas, en muchas ocasiones para promover la intención de dejar de fumar, proporcionar ayuda eficaz a quienes han decidido intentarlo, sobre todo en momentos en que la persona aún no ha iniciado ninguna enfermedad o complicación.

Estimamos que si cada médico de familia realizara este consejo médico, protocolizado y de forma sistemática, se podría conseguir que hasta un 5 % de las personas que consumen tabaco dejen de fumar. Esto significa que aproximadamente 132 000 personas podrían dejar de fumar en Cuba cada año. Por este motivo, para lograr un significativo impacto de salud en la población se recomienda que la estrategia global de la asistencia al tabaquismo esté centrada en un fuerte compromiso del nivel primario de atención, no obstante, las acciones deben realizarse en todos los niveles. Aunque la atención primaria de la salud juega un papel primordial, las acciones deben desarrollarse en todos los niveles de atención.

Actualmente se dispone de una amplia gama de procedimientos que se han mostrado claramente eficaces para el tratamiento de fumadores. De estos tratamientos, el consejo médico, el tratamiento psicológico de tipo conductual y específicamente los programas multicomponentes son altamente eficaces y eficientes. La intervención, independientemente del lugar del sistema donde se realice, debe ajustarse a la fase de abandono del consumo del tabaco en la que se encuentre el paciente; con ello se aumenta su eficiencia.

Primer nivel de intervención

En este nivel de intervención se centran las acciones de promoción de salud y prevención del tabaquismo que se desarrollan principalmente en el consultorio del médico y enfermera de la familia y su comunidad dirigidas a la población sana y de riesgo, teniendo en cuenta los conceptos básicos de promoción y prevención.

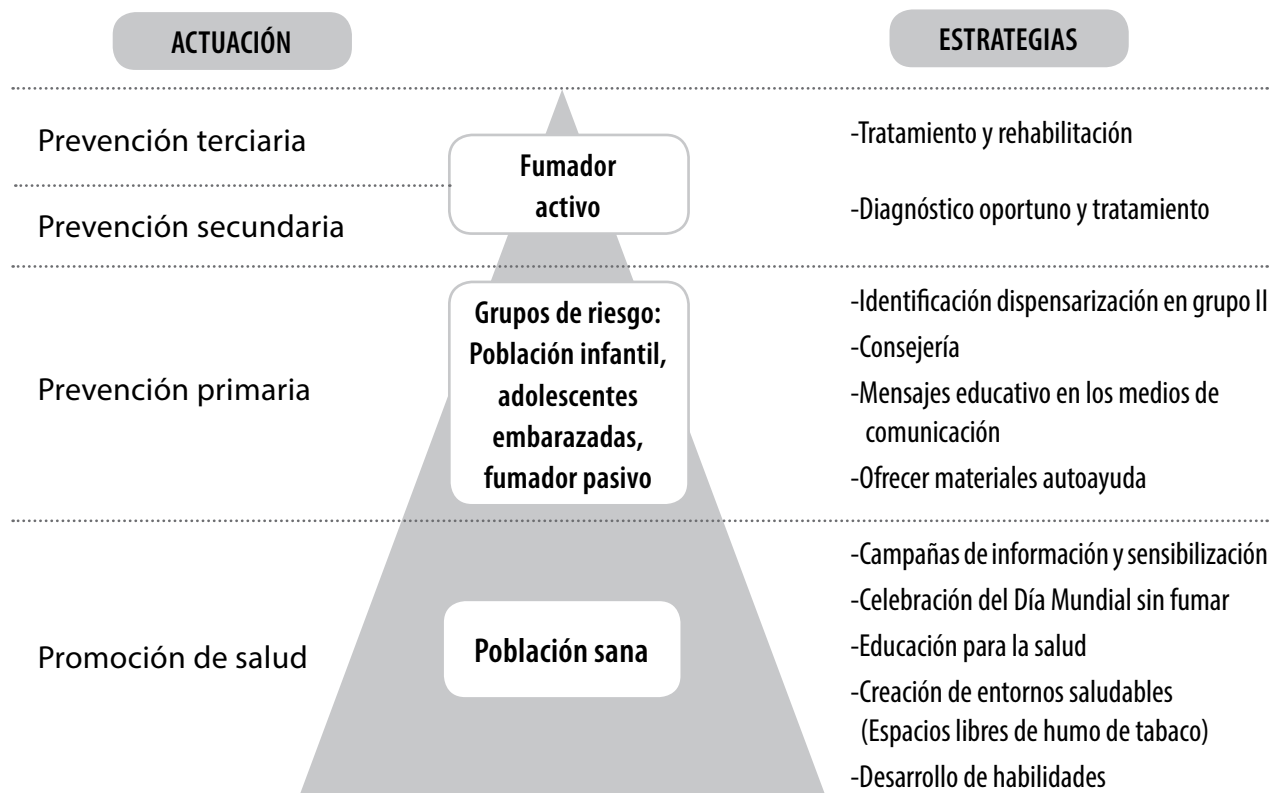
Promoción de salud: es un proceso que da a la población, los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud, y de mejorarla. Implica a la población sana en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, utiliza una variedad de estrategias complementarias en distintos ámbitos y que están dirigidas a diferentes grupos poblacionales.

Prevención: "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (OMS, 1998).

Primaria: prevenir el consumo evitando los factores de riesgos y desarrollando factores protectores. Dirigida a individuos y grupos de riesgo.

Secundaria: identificar oportunamente el consumo inicial e intervenir para evitar las consecuencias. Dirigida a individuos y grupos posiblemente enfermos.

Terciaria: se centra en el tratamiento y la rehabilitación. Dirigida a enfermos en riesgo de complicaciones y muerte.



Para desarrollar acciones de promoción de salud las herramientas básicas a utilizar son la educación para la salud, la comunicación y la participación social, lo que propicia el desarrollo de habilidades personales, prácticas de autocuidado a la salud y estilos de vida saludables, empoderamiento de la población para ejercer el control sobre los determinantes de la salud y en particular los relacionados con el tabaquismo, fortalecer la acción comunitaria y creación de entornos saludables.

Las acciones preventivas están dirigidas a evitar la iniciación en el consumo, estimular el abandono de fumar, ofrecer seguimiento a los fumadores y lograr avances en las etapas de cambio en el proceso de dejar de fumar.

La familia y la escuela juegan un importante rol para evitar la iniciación en el consumo de los más jóvenes. Entre las acciones a desarrollar deben estimular y modelar el desarrollo de hábitos saludables, ya que en estas edades se construyen las bases del autocuidado de la salud. En el contacto con el mundo de la escuela y su proceso de socialización, van adquiriendo nuevas herramientas que les permitirán progresivamente valorar y hacerse responsables de su propia salud.

Es importante señalar que la familia es un entorno educativo clave, pues tiene la capacidad de influir sobre el niño, establece ejemplos o modelos de los que aprende y normas sobre lo que está permitido o prohibido. En este sentido, la actitud de la familia es la referencia inicial de los niños y uno de los aspectos más determinantes en su conducta futura frente al tabaco, especialmente durante los primeros años de riesgo de iniciación al consumo.

La conducta de los padres frente al tabaco determina en gran medida la actitud de los niños, por ello es necesario iniciar la prevención del tabaquismo dentro de la propia familia.

Recomendaciones a los padres respecto a la prevención del consumo de tabaco por los hijos y sobre la actitud familiar ante el tabaco:

Decálogo familiar sobre el tabaco

1. No fumar. Si el padre o la madre es fumador(a), no fumar en presencia de los hijos ni pedirles que compren cigarros para ellos.
2. Establecer normas familiares claras respecto al tabaco y exigir su cumplimiento.
3. No permitir el consumo de tabaco en casa.
4. Reflexionar con los hijos(as) sobre el carácter adictivo del tabaco.
5. Conversar con los hijos(as) sobre los efectos del tabaco sobre la salud.
6. Ayudarlos a conocer y desmitificar la publicidad del tabaco.
7. Enseñarles a decir que no.

8. No tener tolerancia alguna frente al consumo por parte de los hijos. Establecer normas de disciplina y no facilitar dinero que pueda derivarse para la compra de tabaco.
9. No aceptar ni ofrecer nunca como regalos tabaco ni objetos relacionados con el mismo.
10. Aumentar la vigilancia, información y preocupación sobre los hijos en las edades de riesgo de iniciación al consumo (10-18 años)

El conocimiento de las razones de por qué comienzan a fumar los jóvenes nos permitirá identificar e intervenir en los factores que favorecen la iniciación en el consumo. Entre los elementos que influyen en este proceso se conocen:

- Estímulo y desafío (rebelión contra los padres o la sociedad).
- Curiosidad, emoción.
- Formación de la propia identidad.
- Necesidad de autoestima (sentirse bien, parecer más adulto y moderno, tener mejor apariencia).
- Pertenencia a un grupo (necesidad de ser aprobado y aceptado, y de evitar desaprobación o rechazo).
- Factores socioculturales como: la aceptabilidad social, que ha aumentado últimamente en el caso de las jóvenes y mujeres; la influencia de los padres, mayor en el caso de las muchachas y que es mayor ahora que muchas madres fuman, y la influencia de los amigos, que se considera similar entre hombres y mujeres.
- Factores personales como: la imagen de sí mismo (fumar es frecuentemente presentado como un medio de alcanzar la madurez, la edad adulta y la popularidad, de ser moderno, sociable y, en el caso de las mujeres, femenina, delgada y atractiva); la autoestima (al igual que en el caso de los varones, las muchachas con una baja autoestima tienen mayores probabilidades de empezar a fumar; de hecho, entre las adolescentes está extendida la creencia de que fumar calma los nervios, alivia el estrés y controla el estado de ánimo); disponibilidad de medios económicos (la prevalencia de tabaquismo se asocia directamente con la cantidad de dinero semanal disponible) y conocimientos, creencias y actitudes respecto al tabaco.

Existen algunos factores de riesgo que han mostrado mayor relación con el comportamiento tabáquico en los jóvenes, ellos son la presencia de amigos fumadores, la permisividad de consumo de tabaco en el hogar y la creencia en los beneficios de fumar.

Los jóvenes fumadores atraviesan por varias etapas o fases, en cada una de las cuales influyen diferentes factores; este proceso, que algunos autores explican utilizando el modelo de los estadios de cambio de comportamiento, puede avanzar o retroceder.

La etapa de *precontemplación* es en la que el niño no está pensando en el hecho de fumar, pero recibe mensajes al respecto. Es cuando el fumar de sus padres y/o hermanos, familiares, así como la publicidad, las películas, televisión y otros modelos de roles ejercen gran influencia.

En la etapa de *contemplación* las imágenes percibidas y la influencia de los pares (amigos de su edad) provocan curiosidad, y hacen que el adolescente considere la posibilidad de probar un cigarrillo.

La *iniciación* es el momento en que los amigos ejercen mayor influencia, pero aunque la mayoría de los jóvenes prueban alguna vez un cigarrillo, no todos se convierten en fumadores regulares.

En la etapa de *experimentación* se producen repetidos intentos de fumar. Los jóvenes pueden devenir adictos a la nicotina incluso luego de utilizar un número reducido de cigarros, convirtiéndose en fumadores regulares. La influencia de los iguales sigue siendo la mayor.

En la fase de *fumador regular* suelen aparecer nuevas influencias, factores personales como creencias sobre los beneficios de fumar, factores sociales como el precio y la disponibilidad, y otros interpersonales.

El fumar regularmente responde a todas las influencias referidas anteriormente, pero en la etapa de *mantenimiento* la adicción ya establecida es la más fuerte de todas.

La supervisión que ejercen los padres sobre las actividades cotidianas de sus hijos(as) y la permisividad de consumo de tabaco en el hogar tienen un efecto significativo sobre la intención de fumar de los adolescentes, la primera de orden positivo y la segunda, negativo.

Dado que la mayoría de los fumadores comienza a fumar antes de los 18 años, el periodo de la adolescencia es crucial para la prevención. La prevención primaria involucra la prevención del primer consumo y del consumo experimental.

La prevención secundaria trata de que los experimentadores o consumidores habituales dejen de fumar. Se requiere prevención terciaria o tratamiento para la quinta etapa (dependencia a la nicotina).

También con el fin de entender la conducta de los adolescentes y ejercer influencia en ella, es importante comprender el entorno en que viven y cómo afecta dicho entorno el desarrollo, la conducta y las relaciones sociales. Estos entornos, a saber, la familia, los grupos de pares, la escuela, el trabajo y las actividades de ocio, están al mismo tiempo en un estado de cambio constante.

Incidir mediante iniciativas de promoción de la salud, promover el fortalecimiento de la capacidad de desarrollo y habilidades para la vida, permitirá un mejor abordaje de los factores determinantes específicos de la conducta saludable de los adolescentes.

Las intervenciones realizadas durante este periodo ofrecen las mayores posibilidades de lograr un cambio conductual sostenible y positivo.

Consejo médico e intervención breve

Una de las intervenciones clínicas más costo-efectivas para promover el abandono del tabaquismo es el consejo médico. El objetivo fundamental de este es desarrollar una autoeficacia positiva en cada paciente, es decir, que confíe en su capacidad para poner en práctica un cambio de conducta que le permita desarrollar un plan de acción para lograr dicho cambio.

Estas intervenciones breves son realizadas por médicos de atención primaria en su consultorio o por cualquier otro profesional entrenado como médico especialista, enfermero, psicólogo, trabajador social, estomatólogo, entre otros. Es una acción de corta duración, práctica y sencilla y que puede ser implementada por cualquier integrante de un equipo de salud. Es importante que el consejero NO FUME.

El consejo médico debe ser: firme, breve, personalizado y sistemático.

- Firme y serio. Debe ser lo suficientemente convincente para que sea motivo de reflexión, tendrá más utilidad si se acompaña de pautas sobre cómo tiene que dejar de fumar; de forma completa, fijando una fecha de cumplimiento ineludible, etcétera.
- Breve. Informar al fumador de las consecuencias nocivas del consumo de tabaco y de las ventajas de su abandono, con mensajes positivos y de manera motivadora, no tiene por qué durar más de tres minutos.
- Personalizado. Los motivos de cada fumador para seguir o dejar de fumar son distintos, conocerlos es fundamental para realizar un buen abordaje, por ejemplo, a los jóvenes puede preocuparles más la estética, a la mujer embarazada la salud de su futuro hijo y a los padres la actual de los suyos. Asimismo, el consejo debe relacionar el uso del tabaco con los síntomas o enfermedades actuales.
- Sistematizada. El consejo debe abarcar al mayor número de fumadores posible, y si es posible realizando un seguimiento a lo largo del tiempo.

La intervención breve consiste en:

- Identificar y dispensarizar a todos los fumadores que concurren a la consulta, independientemente del motivo de esta. Vincular los síntomas de la consulta con el tabaquismo.
- Brindar opinión explícita sobre los beneficios del abandono por constituir un grave problema de salud.
- Favorecer la reflexión entre las personas acerca de su condición de fumador.
- Lograr que los fumadores transiten hacia etapas de cambio de comportamiento más avanzados según el modelo de Prochaska y Di Clemente.

- Aumentar los intentos de cesación.
- Proveer de herramientas eficaces para lograr dejar de fumar.
- Obtener mayores porcentajes de éxito en cesación.

Estudios señalan que alrededor del 20 % de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono aunque no logren la abstinencia.

En nuestro país proponemos para la intervención breve la estrategia de las 3 A (Averiguar, Animar, Asesorar), según el algoritmo diseñado y validado para la prevención y manejo del tabaquismo desde el nivel primario de atención (Anexo 1).

Segundo nivel de intervención: intervención intensiva

El tratamiento intensivo para ayudar a dejar de fumar puede ser prestado por cualquier médico o profesional de la salud capacitado para ello. Existen evidencias importantes que indican que las intervenciones más intensivas tienen índices superiores de éxito y son más costo-efectivas, estas logran tasas del 30 % o más y consisten en una entrevista presencial o grupal reiterada, con un seguimiento del proceso de cesación.

Este tipo de intervención será aplicada en la consulta de cesación tabáquica creada en el policlínico u otra institución de salud en cualquiera de los niveles de atención.

Consulta multidisciplinaria de cesación tabáquica

Esta consulta tiene el propósito de contribuir a la cesación tabáquica como vía para lograr la reducción de la prevalencia propuesta en el Programa de Prevención y Control del Tabaquismo y al fomento de estilos de vida saludables, con una proyección hacia el individuo, la familia y la comunidad.

Objetivos:

- Brindar una atención especializada a los pacientes fumadores.
- Incrementar el número de fumadores que abandonan la adicción tabáquica.

Población beneficiaria

Directa: pacientes con adicción tabáquica.

Indirecta: Familiares y población general.

Caracterización general de la consulta

En la consulta multidisciplinaria de cesación tabáquica se coordinan las acciones de promoción de salud, prevención, asistenciales y de rehabilitación para el control del tabaquismo.

A esta consulta pueden asistir los fumadores que desean abandonar la adicción y todas las personas que requieran información u orientación sobre el tabaquismo.

El equipo de trabajo es funcional y dinámico, considerando que cada área de salud o institución lo organiza según la disponibilidad de sus recursos humanos, siempre que se garanticen los profesionales que realicen las siguientes actividades:

1. Acciones de promoción de salud y prevención del tabaquismo. Consejería antitabáquica.
2. Abordaje psicológico de la adicción y un adecuado manejo de la psicoterapia individual y de grupo.
3. Valoración clínica del paciente.
4. Tratamientos de Medicina Natural y Tradicional.
5. Ejercicios de rehabilitación respiratoria.

En algunos casos un mismo especialista puede tener la preparación que le permita realizar más de una de estas actividades, por lo que el equipo no necesariamente estará constituido por cinco personas.

Para el buen funcionamiento de la consulta se debe nombrar un especialista principal que debe integrar y coordinar todas las acciones de la misma.

La consulta puede tener vínculos con otras especialidades como, Nutrición, Estomatología, Psicometría, Neumología, Oncología, Otorrinolaringología, Logopedia y foniatría, Sexología, entre otras.

Funciones del equipo de trabajo

Especialista principal

- Coordina las acciones a realizar por el equipo en promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- Es el responsable de los recursos materiales y humanos de la consulta.
- Garantiza que la consulta funcione siguiendo las normas de ética médica, con calidad y puntualidad en las sesiones.
- Verifica la actualización de la documentación técnica, analiza la información estadística que se recoge, procesa y emite a los diferentes niveles, así como los indicadores de evaluación de su área de trabajo.

- Coordina la capacitación con los departamentos de docencia y salud mental para todos los miembros de la consulta en el sistema de tratamiento.
- Coordina con el departamento de docencia la capacitación para el personal médico del policlínico y de los consultorios de familia sobre el consejo médico e intervención breve en tabaquismo.

Especialista que realiza las acciones de promoción de salud y prevención del tabaquismo. Consejería antitabáquica

Perfil del cargo: profesional capacitado en Promoción de Salud (curso básico), diplomado y/o máster en Promoción de Salud.

Funciones

- Diseña y ejecuta la estrategia de información, educación y comunicación social para la cesación tabáquica.
- Planifica las acciones de promoción de salud y prevención del tabaquismo.
- Evalúa las actividades educativas que se realizan y el funcionamiento de la consulta.
- Participa en las reuniones de los GBT del policlínico y en estas realiza análisis del comportamiento de la remisión de los casos a la consulta.
- Mantiene estrecho vínculo con la consejería antitabáquica y la derivación de los casos que estén decididos a realizar la cesación tabáquica a la consulta de captación.
- Coordina de conjunto con la Inspección Sanitaria Estatal y el director del policlínico que se ejecute el cumplimiento de la resolución del MINSAP que prohíbe fumar en las instituciones de salud y el desarrollo del movimiento “Centros de salud libres de humo de tabaco”.
- Trabaja de conjunto con el departamento de seguridad y protección para garantizar condiciones seguras en el trabajo mediante la creación de ambientes libres de humo de tabaco.

Consejería antitabáquica

Perfil de cargo: técnico o profesional adiestrado en consejería antitabáquica.

Funciones

- Explora las necesidades de ayuda o de información acerca del tabaquismo.
- Brinda apoyo emocional.
- Brinda información y asesoramiento acorde con las necesidades y demandas del usuario.

Especialista que realiza el abordaje psicológico

Perfil del cargo: psicólogo, psiquiatra, máster en Salud Mental o en Prevención del Uso Indebido de Drogas, o con entrenamiento en terapias para la cesación tabáquica.

Funciones

- Define la fecha de inicio y terminación de cada grupo.
- Organiza los temas a tratar en cada sesión y garantiza la asistencia de los especialistas que correspondan.
- Es responsable del empleo de recursos terapéuticos que le permitan conocer a los pacientes los aspectos psicológicos asociados a la adicción tabáquica.
- Debe participar en todas las sesiones y facilita la dinámica grupal y una buena comunicación entre los participantes.
- Entrena a los miembros del grupo en técnicas de relajación.
- Educa a los pacientes en cómo mantener estilos de vida saludables, métodos de afrontamiento, relaciones interpersonales, autoestima, sexualidad y recreación.
- Participa en las actividades de prevención y rehabilitación que organice la consulta.
- Brinda información al paciente y familiares de los elementos relacionados con el tratamiento, y promueve la participación activa de estos durante el mismo.

Especialista que realiza valoración clínica

Perfil del cargo: médico especialista en MGI, medicina interna.

Funciones

- Realiza el examen clínico de los pacientes e indica los exámenes complementarios según su criterio.
- Realiza el seguimiento de los pacientes durante el síndrome de abstinencia e indica tratamiento farmacológico en los casos que lo necesiten.
- Remite a otros especialistas los casos con complicaciones que así lo requieran.

Especialista que realiza aplicación de la Medicina Natural y Tradicional

Perfil del cargo: especialista en MNT, máster en MNT, diplomado MNT, adiestrado MNT, enfermeros o licenciados de Enfermería con esta preparación.

Funciones

- Realiza el interrogatorio, el examen físico, para determinar el diagnóstico bioenergético correspondiente a cada paciente.

- Establece el diseño del tratamiento en base a las necesidades del proceso fisiopatológico y aplica las técnicas y procedimientos.
- Aplica técnicas y procedimientos de la MNT bajo prescripción facultativa (en caso de enfermero o licenciado en Enfermería)

Especialista que realiza la rehabilitación respiratoria

Perfil del cargo: médico, licenciado o técnico en Terapia Física y Rehabilitación, licenciado en Cultura Física.

Funciones

- Realiza los ejercicios de rehabilitación respiratoria en las sesiones de grupo.
- Realiza rehabilitación respiratoria a los pacientes atendidos en consulta individual.
- Participa en las actividades de prevención y rehabilitación que se organicen en la consulta.

Funciones o tareas del servicio

1. Acciones de promoción de salud y prevención
 - Realizar acciones de promoción de salud y prevención del tabaquismo dirigidas a pacientes, familiares, personal de salud y otros miembros de la comunidad.
2. Labores asistenciales
 - Brindar atención a los pacientes que acuden solicitando ayuda para la cesación tabáquica.
 - Ofrecer seguimiento a los pacientes que se atienden.
 - Mantener estrecho vínculo con el Departamento de Salud Mental de referencia.
3. Rehabilitación
 - Realizar la rehabilitación respiratoria durante el proceso de tratamiento y mantenerla en aquellos pacientes que lo requieran después del alta de la consulta.
 - Ejecutar acciones para la prevención de recaídas.
4. Docencia e investigación
 - Sistematizar la capacitación de todos los miembros de la consulta en el tratamiento.
 - Realizar capacitaciones en coordinación con la Vicedirección de Asistencia Médica y Social, los Departamentos de Salud Mental y los Servicios de Medicina Natural y Tradicional.
 - Mantener líneas de investigación relacionadas con las diferentes terapias empleadas.
 - Realizar investigaciones sobre efectividad de los diferentes tratamientos, satisfacción de los pacientes con la consulta y otras.
 - Asesorar los trabajos científicos relacionados con la consulta.

Recursos materiales mínimos de la consulta

- Local multipropósito.
 - 20 sillas.
 - Pizarra.
 - Borrador.
 - Plumones o tizas.
- Historias clínicas.
- Recursos MNT.
 - Alcohol.
 - Esparadrapo.
 - Agujas para realizar acupuntura.
 - Productos naturales: semillas de cardosanto u otros que se definan para cada paciente, que se garantizarán por la consulta de Medicina Natural y Tradicional del policlínico).
- Otros recursos pueden pertenecer a la consulta o garantizar el acceso para el trabajo:
 - Computadora.
 - Impresora o fotocopidora.
 - Equipo reproductor de video.
 - Televisor.
 - Discos CD o DVD.

Aspectos organizativos básicos del servicio

Puertas de entrada a la consulta:

1. Espontánea.
2. Remitidos: equipo básico de salud, línea confidencial antidrogas u otro personal de salud.

Modalidades de la atención:

- Consejería.
- Terapia multicomponente.
 - Individual.
 - Grupal.

Consejería:

Se realiza en dependencia de las condiciones y características de la consulta pero nunca menor de una vez por semana, utilizando la intervención breve basada en la estrategia de las 3 A (Averiguar, Animar, Asesorar) (Anexo 1).

Averiguar

- Identificar como fumador a toda persona que en el momento de la entrevista fuma cualquier producto del tabaco, ya sea a diario u ocasionalmente.
- Clasificar en fumador diario el que fuma cualquier producto del tabaco al menos una vez al día, y el ocasional, el que fuma pero no todos los días.
- Interrogar sobre su condición tabáquica (cigarrillos/día). Considerando como fumador leve el que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día, fumador moderado el que fuma entre 6 y 15 cigarrillos promedio por día y fumador severo el que fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio.
- Desde cuándo fuma, dependencia nicotínica (test de Fagerström), intentos previos y motivo de recaídas.

El hecho de averiguar y plasmarlo en la historia clínica del paciente es una medida eficaz en la prevención y control del tabaquismo.

Animar

- Mensajes breves pero claros y personalizados que hagan ver los perjuicios del consumo de tabaco y las ventajas del abandono.
- Mensajes convincentes y consecuentes con una actuación profesional y resolviendo las dudas que se planteen.
- Breves y claros: “Es tarde dejar de fumar cuando llega la enfermedad”. “Pienso que es muy importante para su salud dejar de fumar y yo puedo ayudarlo”. “...Lo mejor que podría hacer por su salud es dejar de fumar....”. “Dejar de fumar es posible y muchas personas lo logran”. “Cualquier momento es bueno para dejar de fumar”.
- Con fuerza: “Como su médico, le tengo que decir que dejar de fumar es lo más importante que usted puede hacer por su salud”.
- En forma personalizada: dejar en claro cómo se vinculan sus patologías actuales con el tabaco, pronósticos y riesgo si sigue fumando, beneficios por dejar de fumar, cambio social con respecto a fumar, ahorro económico, cómo afecta la salud y ejemplo de sus hijos.

Asesorar

Ofrecer la intervención en función de la fase:

Precontemplación: dar información (Anexo 2) y ofrecer ayuda. Si el paciente manifiesta claramente que no quiere dejar de fumar, realizar una entrevista motivacional (Anexo 3).

Contemplación: dar información, ofrecer guías y consejos para dejar de fumar. Ofrecer ayuda y retomar la intervención en próximas visitas (Anexo 3).

Preparación y acción: además de lo anterior, realizar una oferta terapéutica si es necesario (tratamiento intensivo) y un seguimiento.

Mantenimiento: valorar el proceso de abandono e intensificar las estrategias para prevención de recaídas (Anexo 20).

Preparación del paciente: fijar una fecha, estrategias previas al día elegido para el abandono (Anexo 4).

Plan de actuación: consejos para dejar de fumar (Anexo 5) y mantener la abstinencia.

Valorar la idoneidad de la intervención breve o la necesidad de ayuda farmacológica.

Establecer un seguimiento de visitas específicas del proceso de abandono, independientemente de una valoración en cada consulta que el paciente realice por cualquier otro motivo.

Actitud a seguir acorde con la fase del proceso de abandono del consumo de tabaco de los fumadores

Situación del paciente		Fase de abandono	Objetivos	Estrategias
No fumador				Felicitarlo
Fumador	No desea dejar de fumar. No quiere modificar su conducta.	Precontemplación	Confrontar al paciente sobre su propio estado de salud. Emitir señales de alerta que dejen reflexionando al paciente de que tiene un problema de salud.	Consejo médico (1 a 3 minutos) de abandono de consumo de tabaco, que ha de ser más informativo que impositivo, y personalizado. Buscar motivaciones para cambiar de actitud y favorecer el progreso en el proceso de abandono. Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia). Entregar información impresa sobre tabaquismo. Manifestar nuestro deseo de ayudarlo si decide plantearse dejar de fumar. El abordaje del tema será retomado en las siguientes consultas.

Fumador	Quiere dejar de fumar en los próximos 6 meses. Reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar, pero no de forma inmediata, tiene dudas para hacerlo.	Contemplación	Persuadir a la persona para que modifique la conducta adictiva para prevenir o mejorar su problema de salud.	Consejo médico que aumente la autoconfianza de los fumadores. Identificar barreras para el abandono: dependencia a la nicotina, miedo al fracaso, poca autoconfianza para dejarlo. Identificar las razones para el abandono: relacionadas con la salud u otras. Ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio. Entregar información impresa sobre tabaquismo y recomendaciones prácticas para dejar de fumar. Seguimiento en cada consulta.
	Se plantea dejar de fumar en un periodo máximo de un mes.	Preparación	Despertar en el paciente el interés por el autocuidado y la confianza en sí mismo.	Felicitar al paciente. Hacerle notar las habilidades y capacidades que posee para prevenir y tratar problemas de salud. Solicitarle que piense en fijar una fecha para dejar de fumar. Remitir a la consulta de cesación tabáquica si es necesario.
Exfumador	Abstinencia de menos de 6 meses. Cambia de conducta.	Acción	Desarrollar y construir habilidades, actitudes y destrezas necesarias para la vida sana.	Reforzar positivamente su decisión de dejar de fumar. Ayudar a prepararse ante posibles problemas que surjan durante el proceso de abandono (Prevención de recaídas). Ayuda especializada si necesita.
	Abstinencia de más de 6 meses. Mantiene el cambio.	Mantenimiento	Mantener activas y permanentes las modificaciones realizadas.	Reconocer el esfuerzo realizado y felicitarlo. Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo (prevención de recaída). Dar seguimiento.
	Vuelve a fumar. Vuelve a la conducta anterior.	Recaída	Estimular para retomar la conducta anterior.	Felicitarlo por el esfuerzo realizado. No culparlo por su fracaso. Analizar las posibles causas del fracaso. Reforzar su confianza en su capacidad para lograrlo nuevamente. Proponerle un nuevo plan de tratamiento y seguimiento. Si no desea intentarlo de nuevo, ofrecer nuestra ayuda para cuando se sienta preparado para hacerlo.

Terapia multicomponente:

La terapia multicomponente consta de psicoterapia individual y de grupo siguiendo el modelo cognitivo conductual, recursos de la Medicina Natural y Tradicional (ejercicios de relajación, esencias florales, auriculoterapia, acupuntura, digitopuntura, homeopatía, otros) y rehabilitación respiratoria.

Inicialmente se realizará una consulta de captación y clasificación de los pacientes, derivándolos a terapia individual o terapia grupal multicomponente, según los criterios de inclusión y exclusión. Al incluirlos en el tratamiento se le dará a firmar el consentimiento informado (Anexo 6).

Consulta de captación y clasificación

En esta consulta se realizará:

- La entrevista inicial, mediante una encuesta semiestructurada (Anexo 7).
- El diagnóstico de la fase de cambio del comportamiento en que se encuentra el fumador, de acuerdo con el Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, que clasifica a los fumadores según su mayor o menor motivación para realizar un intento serio de abandono (Anexo 8).
- El diagnóstico de motivación, utilizando el test de motivación interna de Richmond para determinar autopercepción de ser un NO FUMADOR para el futuro próximo, es un predictor de éxito en el intento (Anexo 9).
- El diagnóstico del grado de dependencia física: se utiliza el test de Fageström, permite orientarnos sobre la necesidad y tipo de tratamiento farmacológico que usaremos en ese paciente (Anexo 10).
- Cálculo de los Años Paquete o Carga Tabáquica: consiste en la estimación de la relación dosis/respuesta. Medición de lo fumado para su correlación con el riesgo de desarrollar enfermedades por consumo de tabaco (más alta a mayor índice paquetes/año). Un paquete/año equivale a 365 paquetes de 20 cigarrillos. Por ejemplo, un paquete/año es igual a fumar 20 cigarrillos al día durante un año, o 40 cigarrillos por día durante medio año.
- Para determinar esta cifra se realiza una sencilla operación: se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el fumador por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco, y su resultado se divide entre 20.
- Derivación de los pacientes para la valoración clínica, el tratamiento de MNT y la fisioterapia respiratoria. En el caso de que el especialista de la consulta esté capacitado para realizar alguna de estas valoraciones, la realiza el mismo.

Criterios de inclusión

Todas aquellas personas fumadoras que manifiestan intenciones de dejar de fumar, que soliciten ayuda especializada y estén suficientemente motivados.

Criterios de exclusión de las terapias individual y grupal

- Enfermedades psiquiátricas de nivel neurótico o psicótico descompensados.
- Dependencia al alcohol o drogas ilegales con consumo actual o con menos de un año de abstinencia.

Criterios de exclusión de la terapia grupal

- Trastornos mentales cuyas particularidades psicológicas y estilo comunicativo de proyección social pueda interrumpir la dinámica grupal.
- Retraso mental.

Los pacientes con criterios de exclusión de la terapia grupal pueden ser tratados en la terapia individual.

Terapia individual

En la terapia individual se propone realizar el tratamiento según la modalidad de cese progresivo, para lo cual se indica el autorregistro, se fija una fecha para la cesación y se abordan los aspectos psicológicos relacionados con la adicción determinando factores que favorecen o dificultan el abandono. La consulta de la terapia individual se realiza con la frecuencia que el especialista determine.

En aquellos casos que soliciten el cese abrupto, se realizan las acciones recomendadas en la metodología a partir del cese del consumo.

Acciones a desarrollar en la consulta individual

- 1^{ra}. semana:* chequear el cumplimiento del autorregistro (Anexo 11). Determinar factores familiares, laborales y sociales que favorecen el tratamiento y cuáles lo dificultan. Indicar esencias florales, auriculoterapia y otros métodos de MNT que se decidan utilizar.
- 2^{da}. semana:* control del autorregistro, examen físico, pesar y tallar a los pacientes, indicar complementarios: hemograma con diferencial, eritrosedimentación, glicemia, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, creatinina, electrocardiograma y otros medios

diagnósticos en dependencia del cuadro clínico y examen físico (rayos X de tórax, TAC, Prueba funcional respiratoria, fluoroscopia de tórax y Doppler carotídeo vértebro-basilar y de miembros inferiores).

3^{ra}. semana: realizar el análisis individual de la dependencia psicológica tomando como base los motivos identificados como muy importantes en el cuestionario “Motivos de fumar” (Anexo 14), entregar recomendaciones para mantenerse sin fumar (Anexo 15). Realizar entrevista familiar y en caso de ser necesario indicar tratamiento farmacológico.

4^{ta}. semana: evaluar la evolución del síndrome de abstinencia, los resultados de los complementarios y determinar, a través de la entrevista, la actitud ante el tratamiento y métodos de afrontamiento de los factores que dificultan el proceso.

5^{ta}. semana: evaluar la evolución del síndrome de abstinencia, confrontación individual de los beneficios obtenidos con el tratamiento, cambios en la apariencia física y cambios fisiológicos.

6^{ta}. semana: preparación para el alta, prevención de recaídas (Anexo 20) y cómo afrontarla.

Durante el tratamiento se remitirá al paciente, en caso de que lo requiera, hacia otros especialistas y se le indicarán los medios diagnósticos que sean necesarios.

Terapia grupal

La terapia grupal se realiza por seis semanas, con 12 sesiones de trabajo, dos frecuencias semanales de dos horas de duración cada una y con un máximo de 15 pacientes por grupo. A estos pacientes incluidos en la terapia grupal se les brindará, una vez por semana, una consulta individual que permita evaluarlos clínicamente y tratar aspectos de su vida personal que no puedan ser abordados en el grupo.

Cada sesión se divide en tres fases, una inicial donde se aplican técnicas participativas (Anexo 12) para favorecer la cohesión del grupo y la comunicación; una intermedia donde se realiza la evolución de los pacientes y las psicoterapias didácticas o de tema libre, libros debates, reflexiones y una final donde se realizan ejercicios de relajación, fisioterapia respiratoria y se aplican los recursos de la Medicina Natural y Tradicional.

Las psicoterapias didácticas consisten en que el terapeuta del grupo explica el tema a tratar según la sesión de la semana en cuestión y se analizan los criterios que sobre el tema posee el grupo, haciendo énfasis en los aspectos que ayudarán a los pacientes con el abandono del tabaco.

En las psicoterapias de tema libre se propone el tema según la sesión de la semana, los pacientes intervienen refiriendo sus puntos de vistas sobre el mismo, el terapeuta analiza cada intervención del grupo, llevándola a que la reflexión los ayude al abandono, se les manejan

siempre las actitudes aprendidas cuando consumían y se les lleva a que logren interiorizar la nueva forma de pensar al respecto y de actuar en cuanto a los condicionamientos que establecieron mientras fumaban. Se realiza con un enfoque racional, llevando los pensamientos irracionales relacionados con el consumo a pensamientos racionales que les ayuden al abandono y a mantenerse sin consumir.

En los libros debates, un paciente, voluntariamente, lee la lectura programada para la sesión según la semana de tratamiento, al terminar los restantes pacientes relatan lo que escucharon y entendieron de la lectura, hablan de todos los personajes de la lectura y los analizan y finalmente establecen la relación que encuentran entre la lectura y su estatus de fumador, para que busquen la moraleja y que les pueda servir a ellos en su objetivo final.

Para las reflexiones, se realiza una lectura y al final cada uno refiere lo que encontró en la misma que se relaciona con su adicción y/o con su motivo de estar en el programa en busca de su objetivo final.

La terapia grupal se recomienda se realice con grupos cerrados pues tiene ciertas ventajas, como son:

- Se logra una buena dinámica grupal, así como su cohesión (establecen una nueva familia).
- Los pacientes transitan por las mismas etapas de cambio durante el programa (evolucionan todos a la par).
- Funciona muy bien la presión grupal (si alguno se queda retardado, los demás lo atraen).
- Al cohesionarse desde el principio del grupo, se llegan a conocer muy bien y son capaces de señalarse tanto las fortalezas como las debilidades que muestran durante el programa.
- Al terminar, el grupo se mantiene conectado al menos los primeros seis meses (durante la etapa de acción), lo que ayuda en el apoyo tan necesario en este momento.

A pesar de esto, el psicoterapeuta puede determinar cómo conformará sus grupos, abiertos o cerrados.

Sesiones terapéuticas del grupo

1^{ra}. SEMANA

En esta semana se cumplirán los siguientes objetivos:

- Conformar el grupo, creando un ambiente que favorezca la comunicación.
- Analizar las expectativas individuales y grupales en cuanto al tratamiento.
- Reconocer y reforzar motivaciones por las que acuden al tratamiento.

- Determinar la conciencia o crítica de enfermedad.
- Identificar la percepción del riesgo individual y familiar.
- Determinar el patrón de consumo.
- Realizar técnicas para lograr la disminución de la ansiedad.
- Promover la actitud para el cambio.

Se emplearán **técnicas participativas**, en las que el terapeuta puede utilizar su iniciativa e imaginación teniendo en cuenta las características del grupo. Estas técnicas se realizan al comienzo y/o final de las sesiones; algunas de las más utilizadas son:

- a. Dejo y recojo.
- b. Gente-gente.
- c. Presentación por parejas.
- d. La expectativa.

Psicoterapias didácticas

Temas:

- a. Causas de la adicción al tabaco. Se explica la triada etiológica y el manejo cognitivo y conductual de los tres elementos: el entorno, la sustancia y el propio sujeto.
- b. Dependencia física y psicológica. Explicar en qué consisten y en cuál se trabajará más durante el programa (psicológica).

Psicoterapia: tema libre

- a. Motivaciones y expectativas ante el tratamiento: se analiza desde las motivaciones para el cese y las expectativas con el programa, la conciencia de enfermedad necesaria para el abandono.
- b. Conciencia de enfermedad: se trabaja desde las pérdidas individuales y familiares (fumadores pasivos).

Libro debate

- a. Quemar las naves. En esta historia se trabaja de forma metafórica e individual las naves que deben quemar cada integrante del grupo, siendo en este caso las asociaciones que se hacen ante el consumo, las conductas evasivas, las justificaciones que se dan para consumir, las minas de contacto, etcétera.

Sesión No. 1: Actividades a cumplimentar.

- Realizar técnicas participativas.
- Presentar a los participantes y describir el programa de tratamiento.
- Discutir y aprobar el contrato terapéutico (Anexo 13); el paciente será impuesto de sus deberes y derechos con el tratamiento, que incluirá convenio de la fecha de abandono de fumar.
- Explicar qué es la adicción al tabaco, vías por la que se inicia esta dependencia, mecanismos por lo que se mantiene y cómo puede romperse (Anexo 2).
- Reconocer expectativas sobre el tratamiento, se puede explorar a través de la pregunta “¿qué yo necesito para dejar de fumar?”.
- Entregar y explicar autorregistro de la conducta de fumar (Anexo 11), manifestando la necesidad de que la conducta deje de ser automática y pase a ser controlada, pudiendo reflejar en ello los horarios y situaciones que más los estimulan a fumar.
- Reflexionar y traer por escrito a la próxima sesión razones por las que fuma y razones por las que quiere dejar de fumar.
- Realizar ejercicios de relajación.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Aplicar los recursos de la Medicina Natural y Tradicional.

Sesión No. 2: Actividades a cumplimentar.

- Realizar técnicas participativas.
- Los sujetos intercambiarán entre ellos los autorregistros y dirigirán el análisis hacia los siguientes aspectos del patrón de consumo:
 - Cantidad promedio de consumo diario.
 - Horas de mayor consumo.
 - Actividades a las que asocia fumar.
 - Sentimientos asociados.
 - Tipo de inhalación.
 - Intensidad del deseo de fumar.
- Que los participantes realicen la evaluación de su adicción, patrón de consumo y detecten los estímulos externos o internos que los movilizan a fumar.
- Discusión de las creencias irracionales que sostienen la conducta de fumar.

- Explicar qué es la dependencia física y recursos para afrontarlas.
- Indicar reducción gradual del 10 % del consumo diario.
- Indicar autorregistro de pensamientos automáticos.
- Ejercicios respiratorios.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Aplicar recursos de la Medicina Natural y Tradicional.

2^{da}. SEMANA

En esta semana se cumplirán los siguientes objetivos:

- Facilitar la cohesión del grupo, creando sentido de pertenencia y de compromiso grupal para el cambio.
- Elevar la conciencia de enfermedad a partir de la percepción del riesgo.
- Conocer la actitud asumida ante el consumo.
- Identificar de forma individual y grupal la necesidad de cambio para abandonar la dependencia.
- Abordar la dependencia psicológica al tabaco.
- Conocer los efectos negativos del cigarro sobre el organismo.

Las técnicas participativas (Anexo 12) sugeridas en esta semana son:

- a. El telegrama.
- b. El globo o la pelota preguntona.
- c. Los adjetivos.
- d. La espontaneidad.

Psicoterapias didácticas

- a. Complicaciones de la adicción: se trabaja desde sus propias complicaciones, las físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Insistiendo en que el tabaco, aunque menos estridente, también repercute en la micro y macrosociedad.
- b. Etapas de cambio: Se les explican y se les pide que cada uno se identifique con la etapa en la que se encuentra en el momento del programa y que determine qué aspectos debe trabajar para llegar a alcanzar el cese.
- c. Mitos y creencias: se discuten primero los que ellos conocen y aquellos con los que se identifica cada uno; al final se leen los mitos y se les pide sus opiniones sobre ellos.

Psicoterapia: tema libre

- a. Vías o camino hacia el consumo: primero cada uno plantea cómo fue que se inició en el consumo y lo nombran de alguna forma, después se les explican las vías en un papelógrafo y finalmente se les pide a cada uno que se identifique con una de estas.
- b. Adicción tabáquica por acostumbamiento (práctica, asociación y refuerzo): se discute de acuerdo con sus opiniones cómo creen ellos que se produce la adicción, haciendo el análisis de cómo funcionan los aspectos que los llevan a la adicción: la práctica (la repetición de la conducta), las asociaciones (con alimentos, con malestares y tensiones, con otros placeres, etc.).

Libro debate

- a. Oportunidades. En esta historia se trabaja las diferentes oportunidades que se nos dan a lo largo de nuestras vidas y que desperdiciamos por no decidir a tiempo o por temor a fracasar. En este caso, la oportunidad de estar en el programa, y se maneja con ellos si la tomarán o dejarán pasar.
- b. La migala. En esta historia se asocia de forma metafórica la migala al cigarro y todo lo que pueden llegar a perder una vez que se le permite entrar a sus vidas y se convierten en esclavos del consumo.
- c. La botella. En esta historia se trabajan los miedos o temores que los paralizan por la incertidumbre, que no les permiten continuar, trazarse nuevas metas por temor a fracasar, en este caso, lo que pudiera interferir en el éxito del tratamiento.

Reflexiones

- a. Beneficios del abandono del tabaco. Se hace énfasis en estos con el fin de que los pacientes por sí mismos comparen y se percaten de que la balanza va más a lo positivo; se trabaja mucho los beneficios desde el punto de vista estético y de la salud, ya que estas personas tienen lacerada su autoestima por su deterioro físico y la repercusión en su calidad de vida.

Sesión No. 3: Objetivo: actividades a cumplimentar.

- Realizar técnicas participativas.
- Aplicar y analizar el cuestionario “Motivos de fumar” (Anexo 14).
- Explicar los principales motivos de fumar.
 - Estímulo.
 - Reducción de tensión.
 - Manipulación.
 - Psicosocial.

- Relajación o indulgencia.
- Necesidad o adicción.
- Los sujetos se intercambian los cuestionarios “Motivos de fumar”.
- Explicar el síndrome de abstinencia y las ventajas de la suspensión abrupta.
- Explicar el control de estímulos externos e internos.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de relajación.
- Aplicar técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

Sesión No. 4: Objetivo: actividades a cumplimentar.

- Realizar técnicas participativas.
- Canalizar y expresar estados emocionales por parte de los sujetos.
- Orientar tarjeta de concientización (se escribirá en un papel las ganancias al dejar de fumar y las pérdidas si continúa fumando).
- Abordar el tema sobre daños a la salud causados por el tabaquismo. Video debate.
- Ejercicios respiratorios e isométricos de estiramiento-relajación.
- Entregar recomendaciones para mantenerse sin fumar (Anexo 15).
- Convidar a familiares y amigos que puedan ser facilitadores o dar apoyo durante la abstinencia para la próxima sesión.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- Aplicar técnicas de medicina natural y tradicional.

3^{ra}. SEMANA

Objetivos:

- Preparación para el cese.
- Cese del consumo.

Las técnicas participativas (Anexo 12) sugeridas en esta semana son:

- a. El buzón.
- b. Mi fortaleza es como la del...
- c. El barco o la barca.
- d. La tienda.

Psicoterapia didáctica

- a. Reglas para limitar el consumo. Actividades alternativas y sustitutivas: aquí se trabaja qué les corresponde hacer para mantenerse sin fumar usando las herramientas aprendidas, cómo sustituir la conducta de fumar por nuevos y diferentes comportamientos sin cigarros. Se les trabaja la dieta adecuada, el buen uso del tiempo libre, llenar todos los momentos del día sin acciones relacionadas con el consumo. La práctica de caminatas, ejercicios y el disfrute de actividades recreativas en lugares donde se prohíbe fumar.
- b. Tabaco y abstinencia: se les explican las características del síndrome de abstinencia en el tabaquismo.

Psicoterapia. Tema libre

- a. Funcionalidad del tabaco: se busca que ellos hablen del uso que han estado haciendo del cigarro en cuanto a las funciones que le van dando para justificar inconscientemente los síntomas de abstinencia (de amigo-compañero, entretenimiento, desestresante, ansiolítico, ayuda a la concentración).
- b. 10 principios para el fumador rehabilitado: se les pide que hablen de lo que creen que debe caracterizar al fumador rehabilitado, para que logren conciencia en este sentido y asuman nuevas conductas que los mantengan sin fumar.

Libro debate

- a. El águila o la mariposa. En ambas lecturas se trabajan los cambios que se deben llevar a cabo a partir de este momento, lo difícil que puede resultar este proceso, con la seriedad y sacrificio con que se debe llevar a cabo para al final ver los resultados positivos.

Reflexiones

- a. El roble. En esta historia se trabaja la forma en que el consumo comienza a manifestar síntomas, algunos de ellos los pacientes no los asocian al consumo; y la forma en que se debe acabar con la adicción, no de forma abrupta porque los resultados pueden que no sean los esperados, sino paulatinamente, a partir de un programa, con una desintoxicación progresiva, adquiriendo nuevas herramientas, modificando el estilo de vida, etcétera.
- b. El valor del tiempo. En esta historia se trabaja la importancia de hacer valer el tiempo, de no desperdiciarlo, de aprovechar las oportunidades en su momento, ya que cada día que transcurre y no hacen algo que los beneficie, que los haga sentir bien, es tiempo que se pierde, que no regresa y no se podrá recuperar.

Terapia de movimiento

- a. Este fin de semana me voy de paseo y me llevo... Para que ellos representen todo aquello que consideran deben tener para enfrentar el cese en ese fin de semana.

Sesión No. 5: Objetivo: elaborar colectivamente afrontamiento de la abstinencia.

Actividades a cumplimentar en la sesión:

- Realizar técnicas afectivo-participativas.
- Facilitar la detección y discusión de las creencias irracionales asociadas a la conducta de fumar.
- Facilitar autorreportes de síntomas de abstinencias y hacer recomendaciones individuales pertinentes.
- Analizar con los familiares la actitud de colaboración con los participantes para elaborar la abstinencia, apoyando, sin facilitar la recaída y sin prohibir excesivamente.
- Realizar ejercicios de caldeamiento grupal.
- Proponer juegos de roles dramatizando escenas que representen situaciones límites para los fumadores.
- Orientar el juramento por 24 horas como recurso para mantener la abstinencia (Anexo 16).
- Recomendar el consumo frecuente de agua, explicando los beneficios de esta en el proceso de desintoxicación y para el organismo en general.
- Facilitar el intercambio de direcciones de teléfonos particulares para darse apoyo y reforzar la abstinencia, en caso de que sea necesario fuera de la sesiones.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de relajación.
- Aplicar técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

Sesión No. 6: Objetivos:

- Reforzar afrontamiento positivo de la abstinencia.
- Abordar la relación entre estrés, estilos de vida negativos y adicciones.

Actividades a cumplimentar en la sesión:

- Realizar técnicas afectivo-participativas.
- Explicar el tema "Estados emocionales negativos, causas y control de estrés, ansiedad, depresión-duelo, ira-hostilidad".
- Exponer el tema "El tabaco como droga portera".

- Facilitar intercambio de direcciones y teléfonos particulares para dar apoyo y reforzar en caso necesario fuera de las sesiones.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- Aplicar técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

4^{ta}. SEMANA

Objetivos:

- Consolidación de la etapa de cese.
- Manejo de los síntomas de abstinencia.
- Manejo de los cambios en el estilo de vida.

Las técnicas participativas sugeridas en esta semana son:

- a. La cámara fotográfica (para imágenes aversivas).
- b. El arcoíris.
- c. El retrato.

Psicoterapia didáctica

- a. Cáncer de pulmón en Cuba. Estadísticas.
- b. Qué ganamos al dejar de fumar.

Psicoterapia. Tema libre

- a. Estrategias para los primeros días sin fumar.
- b. Cómo prevenir una recaída.
- c. Minas de contacto (Estrategia cognitiva para los momentos de activación del deseo de fumar, consistente en activar en el paciente recuerdos de situaciones impactantes que expresen consecuencias negativas de esta conducta, vividas por él o por personas muy allegadas).

Libro debate

- a. La oruga. En esta lectura se trabaja fundamentalmente la percepción del riesgo y, consciente de esto, la motivación para llevar a cabo proyectos y asumir retos y tareas.
- b. Obstáculos en el camino. En esta historia se trabaja las diferentes formas de afrontar los problemas, las situaciones, cada uno de ellos debe identificar cuál es su obstáculo en el camino de abandono de la adicción y de qué forma lo afrontará.

- c. Equivocaciones. En esta historia se trabaja la toma de decisiones, la búsqueda de alternativas, los miedos que no les permiten seguir probando e intentando, a pesar de que en el camino se cometan errores y las cosas no salgan como se esperaba.
- d. El bambú japonés. En esta historia se trabaja la importancia de tener paciencia, de no apresurarse, no quemar etapas, hacer las cosas en su momento, cómo se orientan, los cambios que se deben hacer para que el fruto sea provechoso, fuerte, resistente.

Reflexiones

- a. Alumbra el camino de los otros. En esta historia se trabaja la solidaridad, el apoyo mutuo, principalmente en este proceso en que los pacientes lo necesitan, la ayuda entre ellos mismos y la que le pueden brindar a otros, que más tarde se podrá traducir en reciprocidad.
- b. Los gansos. En esta historia se trabaja la importancia de ayudarse, apoyarse mutuamente, de no dejarse caer o permitir que el compañero lo haga, que comprendan que, entre todos, el proceso será más gratificante.
- c. El árbol confundido. En esta historia se trabaja la importancia de conocerse a sí mismo, de valorarse adecuadamente y hacer lo que realmente uno desea, sin dejarse llevar por criterios externos, con valor, carácter y, sobre todo, decisión.

Video debate

Fumador activo y pasivo.

Sesión No. 7: Objetivo: mejorar la eficacia en las relaciones interpersonales para prevenir recaídas.

- Actividades a cumplimentar en la sesión:
- Realizar técnicas afectivo-participativas.
- Abordar técnicas para una adecuada comunicación y derechos asertivos en las relaciones interpersonales. Juegos de roles.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de relajación.
- Aplicar técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

Sesión No. 8: Objetivo: preparar al paciente para modificar sus estilos de vida (autoestima y métodos de afrontamiento).

Actividades a desarrollar en la sesión:

- Realizar técnicas afectivo-participativas.

- Trabajar la autoestima, nivel de pretensiones y logros, así como los éxitos y fracasos en la vida social.
- Facilitar que cada participante contraste su opinión sobre sí mismo, con la opinión de los demás miembros del grupo para un mejor ajuste de la autovaloración y aumentar el concepto de autoeficacia.
- Facilitar que cada participante concientice el tiempo que lleva sin fumar como logro individual, así como ansiedades y deseo latente.
- Volver a reforzar logros obtenidos, cambios en la apariencia externa y cambios internos.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- Aplicar técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

5^{ta.} SEMANA

Objetivo:

- Fortalecimiento de las habilidades sociales.

Las técnicas participativas sugeridas en esta semana son:

- a. Juego de roles tácitos.
- b. Manejo del Rozenweig.
- c. Juego de roles asertivos.

Psicoterapia didáctica

- a. Los 10 derechos asertivos.

Psicoterapia. Tema libre

- a. Conductas tácitas (Anexo 17).
- b. Humo de tercera mano.

Libro debate

- a. No te olvides de lo principal. En esta historia se trabaja la forma en que habitualmente se vive, preocupados por lo diario, el dinero, la prosperidad, dejando a un lado sentimientos y valores que realmente son esenciales, que es lo que siempre tendremos y que nos gratificará.

- b. El paquete de galletas. En esta historia se trabaja la forma impulsiva en que valoramos determinadas situaciones o personas, sin hacer un análisis real de los hechos. La manera en que nos dejamos llevar por la primera impresión, sin llegar al fondo, y cuando nos percatamos de que no es como pensábamos, muchas veces no hay vuelta atrás.
- c. Todos tenemos grietas. En esta lectura se trabaja el hecho de que no somos personas perfectas, que debemos conocernos y poder reconocer nuestras virtudes y defectos, para poder trabajar con los últimos de forma constructiva.
- d. Libertad para elegir. Esta lectura se emplea para reforzar el tema de la asertividad, ya que todos somos dueños de nuestras propias vidas y tenemos la posibilidad de decidir lo que permitimos que nos afecte o no.

Sesión No. 9: Objetivo: continuar la preparación del paciente para modificar sus estilos de vida.

Actividades a desarrollar en la sesión:

- Realizar técnicas afectivo-participativas.
- Abordar estilos de vida saludables en relación con hábitos de sueño, sexualidad y recreación.
- Explicar el tema “Resiliencia y espiritualidad”.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de relajación.
- Aplicar técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

Sesión No. 10: Objetivo: orientar nutricionalmente a los pacientes en el proceso de cesación tabáquica.

Actividades a cumplimentar en la sesión:

- Realizar técnicas afectivo-participativas
- Exposición oral sobre aspectos nutricionales asociados a la adicción tabáquica (Anexo 18).
- Entrega de encuestas de hábitos alimentarios.
- Recomendar dieta de 1 000 y 1 200 kcal.
- Analizar posibles situaciones individuales de los participantes.
- Analizar los beneficios del abandono de la adicción tabáquica (Anexo 19).
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- Aplicar técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

6^{ta}. SEMANA

Objetivos

- Manejo de las emociones.
- Prevención de recaídas.

Psicoterapia didáctica

- a. Manejo de emociones. Se les explica desde el enfoque teórico de la terapia de TREC (terapia racional-emotivo-conductual) del profesor norteamericano Albert Ellis, los tres principales grupos de pensamientos irracionales que él plantea: 1) Enamoramiento exagerado, 2) Perfeccionismo, 3) Baja tolerancia a frustraciones (BTF). Cómo manejar las emociones negativas de la vida que los llevan a estresarse y de ahí a “la recaída”, trabajando lo que ya aprendieron en la semana anterior con las “conductas tácitas” y las “conductas asertivas”, pues se interrelacionan los temas.

Se les debe enseñar a convertir sus pensamientos irracionales en racionales, para que puedan manejar el estrés, base principal en muchos de la recaída.

Psicoterapia. Tema libre

- a. Autovaloración y autoestima.

Libro debate

- a. Como papel arrugado. Se utiliza para trabajar el manejo de emociones, en este caso negativas, como es la impulsividad, el efecto que esto puede causar en los demás y posteriormente en nosotros mismos.
- b. ¿Sabes cuánto vales? Con esta historia se trabaja autoestima, que usualmente en estos pacientes se encuentra muy dañada. Del valor que tienen como personas, de lo que merecen y que si se lo proponen pueden lograr mucho más.

Reflexión

- a. Desde los afectos (se emplea esta reflexión para reforzar lo diversa que puede llegar a ser la vida y por qué).
- b. Cómo me veo dentro de un año. Se realiza esta actividad donde ellos se deben visualizar en este tiempo, corroborando que se haya llevado a cabo todo lo aprendido, que se hayan modificado el estilo de vida y haya mejorado la calidad de vida, en fin, para corroborar la posible efectividad del programa y motivarlos a ellos a llevar a cabo estos cambios.

Sesión No. 11: Objetivo: preparar a los participantes para afrontar situaciones de riesgo de recaída y separación del grupo.

Actividades a cumplimentar en la sesión:

- Realizar técnicas participativas.
- Entregar y discutir el documento “Prevención de recaídas” (Anexo 20).
- Explicar el tema “La recaída: cómo evitarla y cómo afrontarla”.
- Realizar juegos de roles donde uno de los participantes represente una recaída y otro de los participantes le brinde herramientas para afrontarla.
- Se puede realizar también la técnica de psicodrama, contar, seleccionar la escena y montarla, y finalmente discutirla.
- Diferenciar las recaídas de violación de la abstinencia y efectos psicológicos de la misma.
- Realizar orientación familiar.
- Evaluar la sesión (puede utilizarse una técnica participativa breve).
- Realizar ejercicios de relajación.
- Aplicar técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

Sesión No. 12: Objetivo: culminar la terapia grupal y evaluar resultados mediatos del tratamiento.

Actividades a cumplimentar en la sesión:

- Realizar un balance integral de las sesiones. Conocer satisfacción o insatisfacción de los participantes con el tratamiento. Pedir sugerencias y problemas detectados.
- Citar para reconsulta al mes del alta y continuar el seguimiento a los tres meses, seis meses y al año. Luego continuar seguimiento por el médico de familia, que reforzará las orientaciones para mantenerse sin fumar y motivará para su incorporación a grupos de ayuda mutua de exfumadores.
- Entrega de diplomas; esto sirve como estímulo para el paciente por el esfuerzo realizado (Anexo 21).
- Realizar el reporte estadístico del servicio (Anexos 23 y 24).

Rehabilitación

- Seguimiento de los pacientes después del alta (al mes, tres meses, seis meses y al año).
- Realizar actividades de prevención de recaídas donde se citen a todos los pacientes que se encuentren en abstinencia.

- Mantener vinculados al tratamiento por MNT a los pacientes que así lo requieran (puede extenderse hasta tres meses después del alta).
- Orientar rehabilitación respiratoria a los pacientes con EPOC y otras patologías pulmonares.

Orientaciones claves:

1. Los trabajadores de la salud deben constituirse en líderes de la lucha contra el tabaquismo, involucrándose como actores en este proceso, pero necesitan tener la percepción de que la sociedad los reclama y que estas funciones están dentro de su esfera de responsabilidades.
2. Lograr la incorporación a la terapia a los trabajadores de la salud que sean fumadores.
3. Divulgar la consulta en todos los espacios posibles.

Tercer nivel de intervención: intervención especializada

El tratamiento especializado del tabaquismo atiende a las necesidades específicas de ciertos grupos para quienes se requiere intervenciones más estructuradas y determinados recursos terapéuticos.

El tratamiento especializado permite adaptar un apoyo intensivo a las necesidades de estos grupos de riesgo o de especial vulnerabilidad (personas con otras enfermedades crónicas, embarazadas, jóvenes, entre otros).

Como parte de la red asistencial para el tratamiento del tabaquismo en el sistema de salud, los Centros Comunitarios de Salud Mental funcionarán como un nivel superior (tercer nivel de intervención) para la atención a los pacientes fumadores, donde existen equipos de trabajo especializados y con experiencia en el tratamiento de las adicciones.

A estos centros deben ser remitidos:

1. Personas que, después de haber realizado intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar.
2. Pacientes con enfermedades psiquiátricas que, estando controladas, deseen abandonar el tabaco.
3. Pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco (cardiopatía isquémica descompensada o de menos de tres meses de evolución, EPOC, hipertensión arterial descompensada, arritmias cardíacas graves no controladas, enfermedad vascular no controlada, etc.).
4. Pacientes que tienen más de un año de abstinencia de otros trastornos adictivos.
5. Fumadoras embarazadas que no han dejado de fumar después de un tratamiento intensivo.

En los centros de salud mental se seguirá la metodología de la terapia multicomponente descrita para ser aplicada en las áreas de salud, utilizando los siguientes recursos diagnósticos y terapéuticos siempre que estén disponibles:

1. En la captación y en las consultas de seguimiento el diagnóstico de los niveles de monóxido de carbono (CO) a través de la cooximetría.

Valoración integral por el equipo especializado en el tratamiento de las adicciones, haciendo énfasis en los factores que favorecen y los que dificultan el abandono de esta dependencia.

2. Prescripción del tratamiento farmacológico de primera línea (TSN/Bupropión) según el grado de dependencia a la nicotina (medida por el test de Fageström) y como recomienda el Área de Tabaquismo de la SEPAR.
3. Aplicación de técnicas de modificación de conducta (refuerzo motivacional, entrenamiento de habilidades de afrontamiento, técnicas de control de estímulos, estrategias de prevención de recaída, técnicas de relajación, etc.).

La cooximetría: es una exploración que nos permite conocer los niveles de monóxido de carbono que tiene el aire que un sujeto espira. Es directamente proporcional a la cantidad de tabaco que se fuma aunque existe cierta variabilidad. Cuanto más alto es el CO mayor es la probabilidad de desarrollar patología relacionada con el tabaco. Para la medición de este parámetro se utiliza el cooxímetro.

EL cooxímetro: equipo que permite medir el CO en el aire espirado en partes por millón (ppm) y por ciento de carboxihemoglobina (COHb); funciona mediante una celda electroquímica. La carboxihemoglobina está formada por la unión del monóxido de carbono a la hemoglobina, cuya afinidad por la misma es 240 veces mayor que la que presenta el oxígeno.

Técnica de la cooximetría: el sujeto debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de nueve segundos, después procederá a una espiración lenta, prolongada y completa. Esperaremos unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marque el número exacto de ppm de CO que el sujeto tiene en el aire que espira, luego oprimimos la tecla (Unit / 0) del equipo y obtenemos el porcentaje de carboxihemoglobina (% COHb).

Valoración del nivel monóxido de carbono (ppm):

0 a 5 ppm	No intoxicación
6 a 10 ppm	Ligera intoxicación
11 a 30 ppm	Moderada intoxicación
+ de 30 ppm	Severa intoxicación

Valoración del porcentaje de carboxihemoglobina (% COHb)

0 a 1,6	Ligero
1,7 a 4,8	Moderado
Más de 4,8	Severo

Otros medios diagnósticos

Determinación de nicotina:

La nicotina se metaboliza en el hígado, siendo sus metabolitos principales la N-oxido-nicotina (5 %), la nor nicotina y la cotinina (80-90). Un 5-10 % de la nicotina se excreta sin cambios en la orina, la vida media es corta, de dos horas, y se puede determinar en sudor, líquido amniótico, saliva, orina y sangre.

Su determinación se realiza mediante la cromatografía de gases y espectrometría de masas. Es poco fiable en horas de la mañana y en fumadores que espacian mucho los cigarros. Es una determinación que resulta cara por lo que es poco utilizada en la práctica clínica.

Determinación de cotinina:

La semivida de la cotinina es más larga que la de la nicotina, entre 11 y 37 horas, los valores en sangre son 10-15 veces superiores. Comienza a detectarse 1-2 horas tras la última dosis recibida y persiste unos cuatro días después de dejar de fumar. Se pueden hacer determinaciones en saliva, sangre y orina. Es útil para evidenciar exposición involuntaria al humo, valores entre 40-50 ng/ml indican menos consumo y entre 200-400 mayor consumo.

Determinación de nor nicotina:

Es un alcaloide menor del tabaco, de vida media de 12 horas. Su determinación se realiza mediante la cromatografía de gases y espectrometría de masas, los valores en suero y orina son menos 0,5 microg.

Determinación de anabasina y anatabina:

Alcaloides presentes en el humo del tabaco. La vida media es de 16 horas. El punto de corte es 0,5.

Determinación de tiocianato:

El tiocianato es un metabolito cianhídrico del humo, tras su paso hepático se acumula en sangre, saliva, orina y líquido cefalorraquídeo. La semivida es de 10-14 días. Es un marcador de exposición a largo plazo. La determinación más usada es en saliva.

Fármacos

Hasta la actualidad, la FDA (Food and Drug Administration) ha aprobado el uso de tres tipos de medicamentos en el tratamiento para dejar de fumar: terapia de reemplazo de nicotina (TRN), bupropión y vareniclina.

Hay otros dos medicamentos que, aunque no están aprobados por la FDA, se utilizan como drogas de segunda línea, como son clonidina y nortriptilina.

Un metanálisis de 83 estudios aleatorizados sobre la eficacia en obtener la abstinencia a los seis meses demuestra que la mayoría de estos fármacos duplican aproximadamente esta a los seis meses (14 % con placebo frente a 19-26 % con estos tratamientos). Vareniclina y la combinación de sustitutos de nicotina obtienen una tasa de abstinencia algo más alta (33 y 37 %, respectivamente).

Terapia sustitutiva con nicotina

Son fármacos de primera línea para el apoyo de la cesación del consumo de tabaco.

El objetivo de la TSN es el de suministrar nicotina en dosis decrecientes y administrada por una vía diferente al consumo de tabaco para disminuir los síntomas de abstinencia mientras la persona fumadora afronta el cese del consumo.

El mecanismo de acción de esta se basa en que la nicotina es un agonista de los receptores colinérgicos nicotínicos y responsable de la producción de dependencia al tabaco en fumadores, proporcionándole a quienes deseen dejar de fumar la cantidad de nicotina suficiente para reducir la aparición de los síntomas de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia.

Formas de presentación:

- Chicles.
- Parche transdérmico de nicotina.
- Comprimidos para chupar.
- Spray nasal.
- Inhalador bucal.

Chicles de nicotina

El primer día en que el fumador comienza a consumir los chicles tiene que dejar de fumar.

Debe mascar cada chicle durante un periodo de 20-30 minutos para asegurar la liberación adecuada de nicotina.

No debe mascar más de 30 chicles diarios. Para muchos, con 10-12 chicles es suficiente. Hay dos tipos, de 2 mg y de 4 mg de nicotina, el uso de uno u otro estará sujeto al nivel de dependencia del fumador.

Se debe reducir el número de chicles mascarados progresivamente y no consumirlos más allá de seis meses.

La duración recomendada del tratamiento es de tres meses, aunque algunos expertos creen que un tratamiento más largo es más efectivo.

Finalidad

Es un sustituto para dejar de fumar.

No es una ayuda para reducir el consumo.

Se debe dejar de utilizar si se vuelve a fumar cigarrillos.

Utilizarlo siempre que se sienta la urgencia de fumar.

Ventajas

La dosis se puede ajustar para cada fumador.

En situaciones de mayor necesidad de nicotina se pueden utilizar más chicles.

Sirve como una estrategia de prevención de la recaída cuando se toma en vez de fumar un cigarrillo.

Su uso es seguro para la mayoría de los fumadores, con la excepción de las contraindicaciones para algunas enfermedades.

Pasos para el uso correcto

Mascarlo lentamente hasta percibir una sensación de picor u hormigueo.

Colocar el chicle entre la mejilla y las encías, o debajo de la lengua para permitir que la nicotina se absorba.

Luego mascar lo nuevamente para liberar más nicotina, entonces colocarlo en el otro lado de la boca para minimizar la irritación local.

Continuar con el procedimiento indicado durante 30 minutos.

No mascar lo continuamente.

No tomar o reducir el consumo de café, zumo de frutas o bebidas ácidas, ya que dificultan la absorción de nicotina. Evitarse durante los 15 minutos anteriores y posteriores a la utilización del chicle.

Dosis

Se puede consumir hasta un máximo de 30 chicles por día. A la mayoría de los pacientes les basta con 10 o 12 chicles.

El tratamiento normal dura 8-12 semanas.

Al finalizar este tiempo se baja la dosis para evitar el síndrome de abstinencia de la nicotina hasta dejar de utilizar los chicles en las siguientes semanas.

Se puede usar hasta seis meses, disminuyendo progresivamente la dosis a partir de los tres meses.

En fumadores de más de 25 cigarrillos diarios y con alta dependencia (puntuaciones mayores a seis en el test de Fagerström de dependencia de la nicotina), es más eficaz utilizar los chicles de 4 mg.

Efectos adversos

Locales: inflamación de la mucosa oral, úlceras bucales, dolor de mandíbula, irritación de la garganta, mal sabor de boca.

Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia, flatulencia.

Sistema nervioso central: cefalea, mareos, alteraciones del sueño.

Cardiovasculares: palpitaciones, hipertensión.

Parche de nicotina

El parche de nicotina, igual que el chicle de nicotina, es eficaz en ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Cada parche de nicotina está constituido por una capa que se adhiere a la piel, encima de la cual se encuentra una membrana que permite la difusión de nicotina depositada en la matriz del parche, que está protegido por una cubierta externa.

Los parches de nicotina se colocan sobre la piel, uno por día, para que liberen nicotina a través de la misma. Como en el caso de los chicles de nicotina, al utilizarlos la persona tiene que dejar de fumar.

Existen parches de 21 mg, 14 mg y 7 mg, que liberan nicotina durante 24 horas, y otros de 15 mg, 10 mg y 5 mg, que liberan nicotina durante 16 horas. El nivel de nicotina que se obtiene con los parches es aproximadamente la mitad del que se consigue con los cigarrillos.

El parche de mayor dosis libera de forma continua aproximadamente 0,9 mg de nicotina por hora.

La facilidad de uso del parche de nicotina y la escasez de efectos secundarios lo convierten en la primera elección, a nivel farmacológico, para la desestimulación tabáquica en atención primaria.

Finalidad

Es un sustituto para dejar de fumar.

No es una ayuda para reducir el consumo.

Se deben dejar de utilizar si se vuelve a fumar cigarrillos.

Ventajas

Hay una sola dosis diaria para cada fumador.

En algunos fumadores es mejor aceptado que el chicle de nicotina u otros procedimientos.

Uso correcto

Se deben aplicar el día que se ha dejado de fumar, tan pronto como se despierte la persona.

No fumar mientras se usa el parche de nicotina.

Utilizar sobre una zona de piel limpia y rasurada, en el tronco, parte superior del brazo o cadera. En mujeres no aplicar sobre el pecho.

Se coloca todos los días en el momento de levantarse y deberá retirarse al día siguiente (si el parche es de 24 horas) o ese mismo día al acostarse (si es de 16 horas).

Se puede hacer cualquier actividad sin limitación mientras se usa.

Cada día el fumador debe colocarse un nuevo parche, cambiando de localización cada día y no repetir en siete días.

Dosis

La dosis administrada debe ser en función de las características específicas del paciente (experiencias previas del paciente con el parche, cantidad que fuma, grado de dependencia).

El tratamiento estándar debe durar ocho semanas. Se han propuesto dos maneras de utilizarlo:

- a. Si el parche es de 24 horas: durante las cuatro primeras semanas se aplicará un parche de 21 mg/día; las dos siguientes de 14 mg/día; y las dos últimas, de 7 mg/día.
- b. Si el parche es de 16 horas: durante las ocho semanas se aplicará un parche de 15 mg/día.

El clínico debe individualizar el tratamiento para cada individuo, tanto para su duración como para la dosis. Conforme va avanzando el tratamiento, hay que ir progresivamente disminuyendo la dosis de nicotina.

Efectos adversos

Locales: reacciones en la piel sobre la que se coloca el parche.

Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia.

Sistema nervioso central: alteraciones del sueño, insomnio, cefalea, mareos, parestesias, dificultad de concentración.

Cardiovasculares: hipertensión, palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, infarto de miocardio, angina de pecho, complicaciones cerebrovasculares.

Otros: tos, mialgias, artralgias, dismenorrea.

Comprimidos de nicotina para chupar

Comprimidos de 1 mg y de 2 mg

La dosis recomendada es de 1 a 2 comprimidos cada hora mientras el sujeto esté despierto, la dosis habitual es de 8 a 12 comprimidos al día. No pasar de 30 comprimidos/día.

Tratamiento durante 6 a 8 semanas, para reducir progresivamente.

Contraindicaciones de la TSN

Dermatitis generalizada.

Enfermedad cardiovascular aguda o inestable: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, ACV reciente, insuficiencia cardíaca avanzada.

Precauciones de la TSN

En embarazo y lactancia: se debe recomendar siempre el abandono completo del tabaco sin TSN, no obstante, en caso de no conseguirse en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes, puede recomendarse bajo supervisión médica, valorando siempre la relación riesgo-beneficio.

No recomendado su uso en niños, puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico.

Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, úlcera péptica activa, feocromocitoma, hipertiroidismo, daño hepático o renal grave.

Se pueden combinar parches de nicotina con chicles o comprimidos en fumadores con alta dependencia a la nicotina o con antecedentes de síndrome de abstinencia importante.

Vareniclina

Es un fármaco aprobado por la FDA en mayo de 2006, es una medicación no nicotínica específicamente diseñada para la cesación tabáquica.

Actúa como agonista parcial a nivel de los receptores $\alpha 4\beta 2$ acetilcolina nicotínico, produciendo un efecto suficiente para aliviar los síntomas del deseo de fumar y de la abstinencia (actividad agonista), a la vez que produce de forma simultánea una reducción de los efectos gratificantes y de refuerzo del fumar al prevenir la unión de la nicotina a los receptores $\alpha 4\beta 2$ (actividad antagonista).

Vareniclina triplica las probabilidades de conseguir la abstinencia a largo plazo cuando se compara con intentos para dejar de fumar sin apoyo farmacológico.

En los primeros ensayos clínicos realizados hasta el momento en personas fumadoras sanas, vareniclina resulta más eficaz que bupropión.

Debe administrarse siete días antes de la fecha acordada para la suspensión del cigarrillo.

La dosis recomendada es de 1 mg dos veces al día, que debe iniciarse con una etapa de ajuste. En la literatura se encuentran descritas dos formas de inicio:

1. Comenzar con:
 - Primeros tres días: 0,5 mg diarios.
 - Siguiendo cuatro días: 0,5 mg dos veces al día.
 - Día octavo en adelante: 1 mg dos veces al día.
2. Comenzar con periodos de una semana de duración cada uno.
 - Primera semana: 0,5 mg diarios.
 - Segunda semana: 0,5 mg dos veces al día.
 - Tercera semana: 1 mg dos veces al día (dosis de mantenimiento).

Esta forma de dosificación inicial reduce la incidencia de náuseas.

La duración del tratamiento varía entre 12 y 24 semanas (tres a seis meses).

Los estudios muestran mejores índices de abstinencia con el tratamiento de seis meses en comparación con el de tres meses. Algunos autores aconsejan la interrupción gradual en los últimos días de tratamiento.

Debe sugerirse al paciente que ingiera cada dosis con las comidas para reducir el riesgo de náuseas. Los comprimidos deben tomarse enteros, con un vaso de agua.

Bupropión

El hidrocloreto de bupropión de liberación prolongada (bupropión LP) es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Se trata de un antidepresivo que inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina, incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis neuronales, sin que se inhiba la acción de la monoaminoxidasa. Por ello, bupropión actúa como un antidepresivo atípico con efectos a la vez dopaminérgicos y noradrenérgicos. Esta actividad puede simular los mismos efectos de la nicotina y así disminuir los síntomas típicos de la abstinencia.

Por otro lado, la eficacia del hidrocloreto de bupropión en el tratamiento del tabaquismo no parece provenir de sus efectos antidepresivos, ya que este fármaco presenta los mismos efectos

en la deshabituación del tabaco, tanto en pacientes sin diagnóstico de depresión, como en pacientes con historia previa de depresión.

Ventajas

Es cómodo de utilizar por el fumador al ser en forma de comprimidos.

Es bien aceptado por muchos fumadores a diferencia de otros procedimientos.

A aquellos que han tenido o tienen un estado de ánimo negativo les permite estar bien al ir dejando de fumar.

Uso correcto

Se debe seguir la dosis pautada.

No se debe seguir fumando una vez que se llevan 1-2 semanas tomando bupropión.

No debe olvidarse la persona de saltarse ninguna toma, ni dejar de tomarlo todos los días.

El fármaco debe suspenderse si el fumador vuelve a fumar.

Siempre debe añadirse técnicas motivacionales o de consejo en las visitas mientras se está llevando a cabo el tratamiento con el fumador.

Dosis

El tratamiento completo dura siete semanas.

Se inicia el tratamiento con una dosis diaria de 150 mg durante seis días y a partir del séptimo se aumenta a 300 mg diario, es decir, una tableta de 150 mg, dos veces al día. Nunca exceder de 300 mg al día, durante estas seis semanas.

Es mejor adelantar la toma del segundo comprimido para no tomarlo cerca de la hora de acostarse, para evitar los problemas de insomnio que pueda producir.

Precauciones

Contraindicado en personas con hipersensibilidad al bupropión o a los excipientes de su formulación, trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones, tumor del SNC, pacientes en proceso de deshabituación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas o fármacos análogos, diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa, historia de trastorno bipolar, cirrosis hepática grave, tratamiento concomitante con inhibidores de la MAO.

Generales: dolor cervical, reacción alérgica.

Cardiovasculares: sofocos, hipertensión.

Digestivo: sequedad de boca, aumento del apetito, anorexia.

Muscoloesquelético: artralgia, mialgia.

Sistema nervioso: insomnio, inestabilidad, temblor, somnolencia, dificultad de concentración.

Respiratorio: bronquitis.

Piel: prurito, erupción, piel seca, urticaria.

Clonidina

Es un agonista noradrenérgico α_2 que suprime la actividad sináptica. Se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la adicción a la nicotina, doblando los efectos respecto al tratamiento placebo. En la mayoría de los ensayos clínicos ha demostrado ser más eficaz en las mujeres que en los hombres. Su principal inconveniente, en relación con los fármacos de primera línea, está en que presenta mayores tasas de abandono del tratamiento debido a los efectos secundarios.

Nortriptilina

Se trata de un antidepresivo tricíclico, útil para el tratamiento del tabaquismo, con propiedades básicamente noradrenérgicas y, en menor medida, dopaminérgicas. También dobla la tasa de abstinencia con respecto al placebo. Parece que su actividad en el tratamiento de la adicción al tabaco no está asociada con la existencia de síntomas depresivos.

Otros recursos terapéuticos

A pesar de que algunas guías de práctica clínica no incluyen el uso de las modalidades de la Medicina Natural y Tradicional en el abordaje de la adicción a la nicotina, cada vez se desarrollan más investigaciones clínicas evaluando el impacto de estos tratamientos en la deshabituación tabáquica. Algunas revisiones sistemáticas y metanálisis comienzan a definir los beneficios de estos tratamientos en el particular del tabaquismo, pero se necesita continuar generando evidencias al respecto.

En Cuba, donde la Medicina Natural y Tradicional cuenta con un marco regulatorio favorable y su práctica se encuentra extendida por todo el Sistema Nacional de Salud, es posible considerar la incorporación de estas modalidades terapéuticas en las estrategias de enfrentamiento a la adicción a la nicotina. Tomando en cuenta, por un lado los niveles de evidencia y por otro el desarrollo de las consultas y servicios de la especialidad, tanto en la Atención Primaria de Salud como en hospitales, se propone:

1. Considerar la acupuntura, en cualquiera de sus variantes, como tratamiento primario de Medicina Natural y Tradicional en el abordaje del tabaquismo.
2. Asociar el uso de la fitoterapia, para complementar el efecto sedante de esta técnica.

3. Evaluar el uso de homeopatía o terapia floral, según necesidades del paciente.
4. Incorporar, siempre que sea posible, a los pacientes bajo deshabituación a la práctica de ejercicios terapéuticos tradicionales.

Estos tratamientos se integrarán al resto de las acciones que desarrolla el Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, adaptando los protocolos a las condiciones de cada institución de salud en particular. Se recomienda evaluar el impacto de estos tratamientos, con el objetivo de fortalecer las evidencias disponibles en la actualidad sobre el uso de la Medicina Natural y Tradicional, en este caso para el abordaje de la deshabituación tabáquica.

Sobre el tratamiento de la adicción a la nicotina con acupuntura y sus técnicas afines:

Ralph Alan Dale plantea, resumiendo los criterios de diferentes autores, que el tratamiento acupuntural de las adicciones ofrece las siguientes ventajas:

- Alivia el deseo de consumo de la sustancia adictiva (craving).
- Facilita el proceso de detoxificación.
- Mejora la ansiedad y la tensión nerviosa.
- Balancea, elimina los bloqueos y facilita el libre flujo del Qi.
- Estimula el sistema inmunológico, mejorando así la salud en general.
- Mejora la función sensorial (visión, audición, olfacción, etc.).
- Favorece la concentración y otras funciones mentales.
- Proporciona una mejor estabilidad emocional.
- Reduce la inflamación.
- Elimina, o al menos reduce, las sensaciones dolorosas o displacenteras.
- Contribuye a la longevidad.
- Promueve mejores relaciones interpersonales a partir de un mejor balance emocional y físico.
- Elimina o reduce la necesidad de un uso prolongado de psicofármacos.
- Se aplica en alteraciones psiquiátricas específicas.

Igualmente, este autor reconoce que otros tratamientos de la Medicina Natural y Tradicional, como la orientación nutricional naturista, la fitoterapia y la homeopatía, pueden mostrar efectos sinérgicos con la acupuntura en el abordaje de las adicciones en general, no solo a la nicotina.

Puntos de acupuntura corporal útiles en el abordaje de la deshabituación tabáquica:

Otros esquemas terapéuticos también han sido reportados para el abordaje de las adicciones en general, a partir de investigaciones publicadas en revistas biomédicas, no necesariamente dedicadas a los temas de acupuntura.

Ralph Alan Dale resume varios de los puntos acupunturales que pueden ser utilizados en el tratamiento del paciente bajo deshabituación. El primero de ellos es *Tim Mee*, término cantonés que se traduce como “dulce sabor”. Este es un punto extra descrito por Olms, localizado lateral a *Lieque* (P-7), sobre el lado radial del antebrazo. Además, Dale refiere los siguientes puntos o combinaciones de ellos, con sus indicaciones:

- *Shenmen* (C-7): ansiedad con palpitaciones.
- *Zusanli* (E-36): deficiencia de *Qi*.
- *Zusanli* (E-36), *Mingmen* (Du-4), *Dazhui* (Du-14), *Sanjiaoshu* (V-22): inmunodeficiencia.
- *Chize* (P-5): trastornos respiratorios.
- *Hegu* (IG-4): manifestaciones catarrales.
- *Renzhong* (IG-4): desmayos.
- *Quchi* (IG-11): fiebre.
- *Anmian* (Extra): histeria, vértigo, insomnio o pesadillas.
- *Baihui* (Du-20), *Taichong* (H-3), *Shaohai* (C-3): desórdenes emocionales en general:
 - *Feishu* (V-13): tristeza y depresión.
 - *Xinshu* (V-15): falta de alegría y emocionalmente lábil.
 - *Ganshu* (V-18): cólera.
 - *Pishu* (V-20): ansiedad y preocupación.
 - *Shenshu* (V-23): miedo.

Estos puntos pueden combinarse con la auriculoterapia, buscando una sinergia entre los efectos terapéuticos de la acupuntura corporal y el microsistema de la oreja.

Consideraciones finales sobre el uso de acupuntura en la deshabituación tabáquica:

Aunque diferentes autores plantean que no existe evidencia que permita recomendar el uso de la acupuntura en sus diferentes variantes para el tratamiento de la deshabituación tabáquica¹, existen evidencias a favor del uso de esta técnica. Un metanálisis del 2012, publicado en *The American Journal of Medicine*, concluye que la acupuntura puede ayudar a los fumadores en deshabituación, a la vez que señala que se necesita más evidencia para determinar si los métodos alternativos son tan eficaces como la farmacoterapia convencional.

También es conveniente hacer referencia a un artículo publicado en el 2013, donde los autores comentan que las experiencias con animales de laboratorio favorecen la utilización de la acupuntura para el abordaje de las adicciones en general. Además, se ponen en evidencia dos elementos interesantes, uno relacionado con la falta de individualización del protocolo de la NADA (The Association for Adicction professionals) y el otro con el hecho de que los resultados terapéuticos con acupuntura pueden ser exitosos o no con respecto a placebos. Las implicaciones de estos elementos, sobre todo para los diseños de nuevos ensayos clínicos, hacen que sea necesario enfatizar en los detalles de los métodos acupunturales específicos para optimizar el uso de esta técnica en el tratamiento de los pacientes que sufren de adicciones en general, y a la nicotina en particular.

Otras modalidades terapéuticas de la Medicina Natural y Tradicional

Homeopatía:

Se trata de un sistema terapéutico basado en el Principio de la similitud (*Similia Similibus Curentur*), que utiliza sustancias medicamentosas previamente experimentadas en el hombre sano, las que se elaboran de forma diluida y dinamizada. Su fundador fue el médico alemán Samuel Christian Frederick Hahnemann (1755-1843).

En homeopatía, al igual que en medicina tradicional china, la individualidad es un principio de tratamiento. Sin embargo, también aquí hay intentos de uso de medicamentos homeopáticos sin tomar en cuenta las particularidades del enfermo, en protocolos terapéuticos estandarizados, "alopatizados" al decir de algunos.

De cualquier manera, el número de publicaciones sobre el uso de medicamentos homeopáticos en el abordaje del tabaquismo es mucho menor que para la acupuntura. En *El Moderno Repertorio De Kent* (852/II), se cita a *Caladium* con un valor repertorial 2 en el rubro "al dejar de fumar tabaco". Sobre este medicamento Vannier comenta que "... se adapta a personas física y mentalmente deprimidas (...) por el abuso del tabaco". También suelen recomendarse *Nux vomica* y *Sulphur*, ambos utilizados por su acción drenadora, siendo común indicar sobre todo al primero durante las primeras etapas de cualquier tratamiento homeopático para desintoxicar al paciente.

Otros dos medicamentos de interés son *Nicotinum* y *Tabacum*. Estos son utilizados sobre las bases del Principio de la similitud, cuando los síntomas del paciente se corresponden con los de la farmacodinamia del medicamento, pero igualmente puede hacerse uso de ellos a partir del efecto definido como hormesis. Este concepto hace referencia a la acción beneficiosa o estimuladora, de cierta manera paradójica, del uso de las toxinas. En este caso, el consumo de un medicamento homeopático elaborado a partir de dinamodiluciones sucesivas del material de origen (nicotina o tabaco), no pretende sustituir el consumo del tóxico sino acelerar su eliminación del organismo, a la vez que tratar los síntomas, esto último cuando se indica como *simillimum*.

El uso de estos medicamentos puede seguir criterios unicistas (un medicamento solamente), pluralistas (varios medicamentos en diferentes formulaciones) o complejistas (varios

medicamentos en una formulación). La afiliación del homeópata a una u otra escuela definirá el esquema terapéutico, así como las dinamodiluciones a utilizar. Dentro de los escasos artículos publicados sobre esta temática, se citan tres estudios desarrollados en Cuba que reportan los siguientes esquemas:

- Un ensayo clínico y un estudio observacional, donde en ambos se utilizó *Tabacum* 12 CH como tratamiento unicista.
- Un estudio de intervención con *Nicotinum* y *Sulphur*, utilizados sobre criterios pluralistas, sin especificar las dinamodiluciones².

Terapia floral de Bach:

Constituye otra opción terapéutica de la Medicina Natural y Tradicional, desarrollada por el Dr. Edward Bach a principios del pasado siglo. En este método la terapéutica es también individualizada, aunque aquí siempre suelen combinarse varios remedios florales según las necesidades particulares. Al inicio del tratamiento suele tenerse en cuenta una impregnación, donde el medicamento se utiliza a razón de cuatro gotas sublinguales cada una hora, seguido de cuatro gotas sublinguales entre cuatro y seis veces al día, a consideración del especialista. Esta frecuencia puede incrementarse de ser necesario, en presencia de agudizaciones (ej. crisis de ansiedad, etc.).

Las esencias más utilizadas son las siguientes:

- Agrimony (1): tortura mental bajo una máscara de alegría, ansiedad, angustia, preocupación, tormento interior. Adicciones diferentes como mecanismo de escape.
- Centaury (3): útil en personas que se someten, en este caso al tóxico, a los que les cuesta decir “no” y romper la dependencia o sometimiento.
- Cherry Plum (6): miedo a perder el control, además de poseer efectos sedantes, incluso en las situaciones más adversas y dramáticas.
- Crab Apple (10): sensación de suciedad o impureza, baja autoestima. Se utiliza como “desintoxicante”.
- Gorse (13): desesperanza, desaliento, sensación de incapacidad para lograr un objetivo. Se utiliza para levantar el ánimo en largas batallas sin resultados, para cuando se pretende “arrojar la toalla”.
- Heather (14): egocentrismo. Individuos con complejo de inferioridad que desarrollan una autocompasión exhibicionista, en este caso cambian la verborrea por fumar, invadiendo sin consideración a los demás con su humo.
- Impatiens (18): soledad de quien no puede estar acompañado porque marcha aceleradamente, impaciencia, irritabilidad por el ritmo. Brinda calma durante la deshabituación.

- Larch (19): desesperación, sentimientos de inferioridad, falta de confianza en sí mismo, anticipación del fracaso. Para quienes creen que no podrán lograrlo.
- Pine (24): culpa y autorreproche. Para aquellos que no se perdonan haberlo intentado sin éxito en el pasado, o que no logran dejar atrás la adicción en el presente.
- Scleranthus (28): indecisión, inestabilidad, duda, alternancia entre dos extremos opuestos (adicción-deshabitación).
- Star of Bethlehem (29): trauma físico o emocional, efectos de un shock. Útil al inicio del tratamiento de deshabitación, lo cual constituye un shock para el adicto.
- Walnut (33): es el remedio para el cambio, que favorece la apertura y ayuda a desprenderse de hábitos adquiridos.
- White Chestnut (35): obsesión, pensamientos repetitivos que no se pueden alejar, ideas “en disco rayado”. Imposibilidad de deshacerse del deseo de fumar.
- Rescue Remedy (39): remedio de rescate, utilizado en situaciones de emergencia. Puede ser útil en algún momento del tratamiento, sobre todo durante las crisis.

Fitoterapia:

Al abordar la acupuntura anteriormente se hizo referencia a la fitoterapia. El objetivo de esta se encamina a tratar síntomas asociados como los trastornos del sueño, ayudando con la sedación del paciente.

En la segunda edición del *Formulario nacional de fitofármacos y apifármacos*, se incluyen las siguientes plantas, con sus respectivas formulaciones, las que se elaboran en la red de centros de producción local y farmacias dispensariales del país:

- Caña Santa (*Cymbopogon citratus* DC.):
 - Elixir: una cucharada cada ocho horas.
 - Extracto fluido: 20 gotas diluidas en un vaso de agua cada ocho horas.
 - Jarabe 10 %: dos cucharadas cada ocho horas.
- Manzanilla (*Matricaria chamomilla* L.):
 - Extracto fluido: 10 gotas diluidas en un vaso de agua cada ocho horas.
 - Jarabe 10 %: una cucharada cada ocho horas.
- Pasiflora (*Passiflora incarnata* L.):
 - Extracto fluido: 20 gotas diluidas en un vaso de agua cada ocho horas.
 - Jarabe 10 %: una cucharada cada ocho horas.

- Tilo (*Justicia pectoralis jacq.*):
 - Extracto fluido: 20 gotas diluidas en un vaso de agua cada ocho horas.
 - Jarabe 7 %: una cucharada cada ocho horas.

Algunas de estas plantas se elaboran también en formulaciones, simples o compuestas, con miel (apiterapia). Estas son:

- Manzanilla melito 10 %: una cucharadita cada ocho horas.
- Melito medicinal (manzanilla y pasiflora): una cucharadita cada ocho horas.
- Pasiflora melito 10 %: una cucharadita cada ocho horas.

Igualmente, la tercera edición de la *Farmacopea vegetal caribeña* hace referencia al uso tradicional del tilo (*Justicia pectoralis jacq.*) en el tratamiento del nerviosismo, la ansiedad y el insomnio. Se utilizan las ramitas de esta planta, en infusión o decocción, por vía oral. Para ello se siguen las siguientes formas de elaboración, con sus dosis:

- 5 a 10 gramos de las ramitas de la planta en una taza (250 ml) de agua.
 - Infusión: agregar el agua hirviendo y tapar.
 - Decocción: hervir durante cinco minutos en recipiente tapado.

Dejar enfriar, filtrar y beber una taza de dos a cuatro veces al día, o cuando lo requiera la indicación sintomática. Estas preparaciones no deben conservarse fuera de refrigeración ni por más de 24 horas.

Ejercicios terapéuticos tradicionales:

Se han reportado efectos beneficiosos de estas prácticas en diferentes adicciones, y específicamente en el caso del tabaquismo, para el que se ha evaluado más frecuentemente el uso del yoga. Este incluye un número de componentes que contribuyen a la reducción del estrés, como las *asanas*, posturas que mejoran el ánimo y la sensación de bienestar con efecto similares a los beneficios de los ejercicios aeróbicos occidentales; y el *pranayama*, ejercicios respiratorios que involucran la regulación de la respiración y la respiración consciente profunda, las que mejoran el funcionamiento pulmonar.

Una revisión sistemática sobre las denominadas modalidades mente-cuerpo, entre las que se incluyó el yoga, fue publicado en el 2013 por investigadores de Oregón (EE.UU.) en la revista *Drug and Alcohol Dependence*. Este artículo concluye afirmando que la literatura sustenta el uso del yoga y la meditación como candidatos para apoyar el tratamiento de la deshabituación tabáquica, a la vez que reclaman más ensayos clínicos con mayores muestras y monitoreo de las intervenciones para mejor evaluación de la efectividad de estos tratamientos.

Información estadística

Se utilizarán las estadísticas continuas del sistema para la Atención Primaria de Salud.

1. Se confeccionará por cada especialista la hoja de cargo (Anexo 22), si es consulta de psicoterapia individual o psicoterapia de grupo debe especificarlo en la parte superior de la hoja, estas se entregarán en estadística del policlínico o institución de salud para el cierre mensual.
2. Se implementará el Registro de pacientes en cesación tabáquica (Anexo 23), donde aparecen los datos de todos los pacientes que son incluidos para tratamiento en el servicio. Este modelo se llenara según instructivo (Anexo 24).

Indicadores

Los indicadores serán utilizados para evaluar la eficacia/efectividad del servicio, proporcionar información válida, fiable y periódica que permita establecer una vigilancia sistemática con el fin de monitorear los aspectos relacionados con la cesación tabáquica, además de homogenizar indicadores para poder establecer comparaciones y disponer de evaluación continua que facilite la toma de decisiones.

Algunos de estos indicadores se relacionan a continuación.

Registro de consumo de tabaco: número de pacientes con registro de tabaquismo en la historia clínica y familiar entre el número de fumadores por 100.

Realización del consejo médico o intervención breve: número de pacientes que han recibido consejo médico o intervención breve entre el número de fumadores del consultorio o área de salud por 100.

Demanda de ayuda para dejar de fumar: número de fumadores que acuden solicitando ayuda para dejar de fumar entre el número total de fumadores por 100.

Personas atendidas en la consulta de cesación tabáquica durante el año: número de personas atendidas en la consulta que terminaron el ciclo de tratamiento entre el total de pacientes atendidos por 100.

Tasa de abstinencia de fumadores: número de fumadores que se mantienen con abstinencia un año después de concluida la terapia entre el número de fumadores que concluyeron la terapia por 100.

Bibliografía

- Abbate S. Chinese Auricular Acupuncture. Boca Raton: CRC Press; 2004.
- Agudo A. Measuring intake of fruits and vegetables [recurso en línea] Background paper for the Joint FAO/WHO Workshop on Fruits and Vegetables for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. World Health Organization; 2005. Disponible en: http://www.who.int/diet/physical_activity/publications/f&v-intake-measurement.pdf.
- Antón F, Pruteanu DF, Correcher E. Utilización del cooxímetro en una consulta de Medicina Familiar. Fml. [Internet]. 2008; 17(10): [aprox.12 p.]. Disponible en: http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201302/1710_ai_cooximetro.pdf
- Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. [Internet]. 2014. [citado 6 nov. 2014]. [aprox. 21 p.]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/info-equipos-de-salud/pdf/guia-practica-tratamiento-adiccion-tabaco-2005.pdf>
- Astird N, Cañón M, Vivas JM. Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo. Universidad de Bogotá. [Internet]. 2010; [citado 10 nov. 2013]. 51(2): [aprox. 37 p.]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Medicina/publi/vniversitas/serial/v51n2/Terapia%20farmacol%F3gica.pdf>
- Bach E. Los remedios florales. Escritos y conferencias. Madrid: EDAF; 1993.
- Bach E. La curación por las flores. Madrid: EDAF; 1997.
- Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M. A, Torrecilla García M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. [Internet]. 2009 4ta. edición. [citado 6 nov. 2014].
- Becerra NA, Alba LH, Castillo JS, Murillo R, Cañas A, García-Herreros P. Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. Gaceta Médica de México. 2012;148: 457-66.
- Bello S. Tratamiento del tabaquismo. Revista Chilena de Cardiología. 2011; 30(3).
- Bello S, Flores A, Bello M. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. Santiago de Chile: Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias. 2008; 24(2).

- Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 2009; 25(4).
- Blanquear Gregori JJ. Abordaje del tabaquismo desde la consulta. [Internet]. 2011. [citado 10 nov. 2013]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jjbg7982/abordaje-del-tabaquismo-desde-la-consulta>
- Brumbaugh AG. Acupuncture: New perspectives in chemical dependency treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1993; 10:35-43.
- Camacho-Machín M, Hernández-Suárez L, Pando-García E, Martínez-Ramos M, Geada-García A. Efectividad del *Tabacum* 12 CH en el tratamiento del tabaquismo. **Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río**. [revista en Internet]. 2003. [citado 2014 dic. 14]; 7(2). Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/162>
- Camacho Machín ML, Paz Paula ER, Guerra Paredes MT, Callava Couret C, Báez Pérez OL. Ensayo clínico controlado con *Tabacum* 12 CH en el tratamiento de la intoxicación tabáquica. *Avances* [revista en Internet]. 2007. [citado 2014 dic. 14]; 9(2). Disponible en: <http://www.ciget.pinar.cu/Revista/No.2007-2/Art%EDculos/08-%20Ensayo%20cl%EDnico%20controlado%20con%20tabacum%2012%20CH.pdf>
- Camarelles Guillem F et al. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.013>
- Camarelles F, Salvador T, Ramón JM, Córdova R, Jiménez C, López V et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2009 [citado 10 nov. 2013]; 83: [aprox. 42 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1135-57272009000200004&lang=es>
- Carim-Todd L, Mitchell SZ, Oken BS. Mind–body practices: An alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013; 132(3): 399-410.
- Carneiro A, Cruz Soares R. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessacao de tabagismo em um hospital geral universitário. *J bras pneumol*. [Internet]. 2010; 36(5). [citado 10 nov. 2013]. Disponible en: <file:///H:/scielo.php.htm2.htm>
- Cervera Rol P. Fomento del consumo de frutas y hortalizas: vehículo de promoción de la salud y prevención de trastornos y patologías prevalentes en la salud actual. *Alim Nutr y Salud* 2008; 15: 39-48.
- Clemente ML, Rubio E, Marrón R, Pérez A, Herrero I. Correlación entre valores de monóxido de carbono en el aire espirado y los sistemas de medición de dependencia nicotínica DSM- IV, Test de Fagerstrom y ARU-SMA-9 en adolescentes fumadores. *Dialnet*. 2003 121(3):89-94. [citado 10 nov. 2013]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2426>

- Colectivo de autores. Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Gobierno de la ciudad. [Internet]. 2010. [citado 10 nov. 2013]. [aprox. 39 p.]. Disponible en: http://moodle.fac.org.ar/1/temas/tabaco01/modulo3/bibliografia_modulo_3/guia_nacional_de_tratamiento_de_la_adiccion_al_tabaco.pdf
- Cruz Arzola D. Formulario Nacional de Fitofármacos y Apifármacos. 2da. ed. La Habana: ECIMED; 2014.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2013.
- Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Tabaquismo (método para dejar el hábito). Bibliomed. [Internet]. 2007 [citado 10 nov. 2013]; 14(5): [aprox. 20 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/may_2007_tabaquismo_%28metodos_para_dejar_el_habito%29.pdf
- Dale RA. Addictions and Acupuncture: Thetreatment, methods, formulae, effectiveness and limitations. American Journal of Acupuncture. 1993; 21(3): 247-266.
- D.S.M-IV: Substance-Related Disorders.1994: 175-272.
- Efecto del tabaco para la salud. Información para profesionales. [Internet]. 2012. [citado 10 nov. 2013]: [aprox. 32 p.]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-profesionales/efectos-del-tabaco-en-la-salud>
- Fu M, Martínez-Sánchez JM, López MJ, Nebot M, Raich A, Fernández E. Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. Adicciones. [Internet]. 2011. [citado 10 nov. 2013]: [aprox. 20 p.].
- Garijo V, Camarena F. Tratamiento del tabaquismo. Departamento de Salud Sant Joan. [Internet]. 2011 [citado 10 nov. 2013]: [aprox.10.]. Disponible en: file:///signup?from=addcontact&from_source=http%3A%2F%2Fwww.slideshare.net/%2Fsalsantjoan%2Ftabaquismo-tutores-2011
- Germosén-Robineau L [Editor científico]. Farmacopea Vegetal Caribeña. III Ed. Mérida: TRAMIL; 2014.
- González R, Donaire I. El sendero rehabilitatorio del paciente adicto. La Habana: Editorial José Martí; 2012.
- Hirayama F, Lee A. Asocian la soja con reducción en riesgo del daño pulmonar en fumadores. Hospi. Médica 2009: 10.
- Jiménez C, Jaen CR, Fiore MC, Marzano J, Clancy CM. Guía de tratamiento del tabaquismo. Madrid: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; [Internet]. 2010. [citado 10 nov. 2013].

- Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. ¿Hacemos bien el test de Fagerström?. *Prev Tab.* 2003; 5: 161-2.
- Lancés L. y cols. Segunda Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en Jóvenes. Cuba 2004. Informe de investigación. MINSAP. 2005.
- Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, Mackee M. The global burden of disease attributable to low consumption of fruits and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83: 100-8
- Marqueta A, Jiménez-Muro A, Beamonte A, Gargallo P, Nerín I. Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo. *Adicciones.* 2010; 22(4): [aprox.16 p.].
- Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento de tabaquismo. *Gaceta sanitaria.* Barcelona. [Internet]. 2013, 27(1): [aprox.11 p.]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org>
- Matias J. Farmacoterapia para dejar de fumar. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* [Internet]. 2011 mar. [citado 10 nov 2013]; 31(1): [aprox.15 p.]. Disponible en: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar>
- Matias Saimovici J. Farmacoterapia para dejar de fumar. *Rev Hosp Ital. B Aires.* [Internet]. 2011. [citado 10 nov.2013]; 31(1): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar>
- Mondéjar Barrios MD, Amado Barreda M. Aplicación de la homeopatía a pacientes fumadores de la localidad "Enrique Varona". *Rev Cubana Hig Epidemiol.* [revista en Internet]. 2010. [citado 14 dic. 2014]; 48(3): 253-263. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000300004&lng=es
- Muñoz AJ, Muñoz G, Medina R, Delgado A, Cobos FJ, García J. Cooximetría y tabaco. Congreso SEMG Granada. [Internet]. 2010. Disponible en: <file:///semgcongreso2010>
- Ochoa JA, Aurrecoechea R, Llanderas P, Aparicio S. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. *Semergen.* [Internet]. 2010. [citado 10 nov. 2013]; 36(7): [aprox. 24p.]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13154405&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=59&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=40v36n07a13154405pdf001.pdf
- Oliver P, Buño A, Galán A, Díaz R, Guevara P. Recomendaciones para el estudio de la cooximetría. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Documento M. Fase 3. Versión 2. 2010: 17-22.
- OMS-OPS: Informe sobre el control del tabaco por la región de las Américas. Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco. Día Mundial sin Tabaco. 2011.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). 10 a. revisión Washington, DC: OPS. 1995.

_____. MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: OMS. 2008.

Otero A, Rabelo V, Echazabal A, Calzadilla L, Duarte F, Magriñat JM et al. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de la Habana; 2001.

Partido Comunista de Cuba. VI Congreso. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. La Habana: Partido Comunista de Cuba; 2011.

Peña P, Zagollin M, Acuña N, Navarrete S, Bustamante P, Suarez C et al. Resultados de un programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico. Rev. med. Chile. [Internet]. 2013; 141(3): [aprox.16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-9887&lng=es&nrm=iso

Prieto E, Rhodius E. Bases para la realización de un programa comunitario para la cesación al tabaco. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Sección de Neumonología Clínica. [Internet]. 2008. [citado 10 nov. 2013]: [aprox. 28 p.].

Prochaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. Psychotherapy Theory Res Prac. 1982; 19: 276-88. Resumen.

Puschel K, Thompson B, Olcay F, Ferreccio K. Factores predictores de inicio y cesación de tabaquismo en una cohorte de mujeres chilenas con 5,5 años de seguimiento. Rev. Méd Chile. [Internet]. 2009; [citado 10 nov. 2013]; 137: [aprox. 14 p.]. Disponible en: revmedchile@smschile.cl

Ramos M. Efectividad de las intervenciones grupal e individual avanzadas para el abordaje del tabaquismo. Atención Primaria. 2005; 36(8): 462-465.

Regalado J, Lara G, Osio J, Ramírez A. Tratamiento actual del tabaquismo. Salud Pública de México. 2007; 49(2).

Sandoya E, Bianco E. Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay. Rev Urug Cardiol. 2011; 26(3).

Sicras A, Navarro R, Díaz S, Martí B. Tasas de abstinencia de vareniclina frente a bupropión y terapia sustitutiva con nicotina en la cesación del tabaco en atención primaria. [Internet]. 2011; 43(9): [aprox.11 p.]. [citado 10 nov. 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02126567>

Silva RP, Chaves ECL, Pillon SC, Silva AM, Moreira DS, Lunes DH. Contributions of auriculotherapy in smoking cessation: a pilot study. Rev. esc. enferm. USP. [revista en Internet]. 2014. [citado 14 dic. 2014]; 48(5): 883-890. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500883&lng=en

- Solano S, De Granda JI, Jiménez CA. Abandono del tabaquismo: un componente esencial en el tratamiento del paciente con cáncer de pulmón. Barcelona: Bronconeumología. 2011; 47(9).
- Suárez N. Tabaquismo en niños y adolescentes de Iberoamérica. Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
- Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative Smoking Cessation Aids: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. The American Journal of Medicine. 2012; 125: 576-584.
- Vannier L. Materia Médica Homeopática. 17ª Ed. México DF: Editorial Porrúa; 2004.
- Varona P y cols. Informe técnico sobre la exposición al humo de tabaco en la población cubana residente en el área urbana. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, MINSAP. 2011.
- Villarejo M, Zizzo G, Mirillo MM, Gallardo MC, Serrano S, Jodral M. Crucíferas y salud. Alim Nutr y Salud. 2002; 9(2): 46-50.
- Waite N, Clough J. A single-blind, placebo-controlled trial of a simple acupuncture treatment in the cessation of smoking. Br J Gen Pract. 1998; 48: 1487-1490.
- Zhu D, Freeman S, Jian K. Acupuncture Treatment of Substance Use Disorders. International Journal of Integrative Medicine. [revista en Internet]. 2013. [citado 14 dic. 2014]; 1(36). Disponible en: http://cdn.intechopen.com/pdfs/45736/InTech-Acupuncture_treatment_of_substance_use_disorders.pdf

Anexos

Anexo 1

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL TABAQUISMO DESDE EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

Hombre o Mujer en contacto con el Sistema Nacional de Salud

FUMADOR ACTIVO

AVERIGUAR

1. ¿Cuántos cigarrillos o tabacos fuma al día?
2. ¿A qué edad comenzó a fumar?
3. ¿Desea dejar de fumar?

ANIMAR

Ante el deseo positivo o negativo de abandono de la adicción, de forma clara y firme personalice los beneficios de no hacerlo y los riesgos de fumar activa y pasivamente.

"Como médico me preocupa su salud y le recomiendo que deje de fumar. Es lo más importante que puede hacer para proteger su salud y su economía ahora y en el futuro. YO PUEDO AYUDARLO"

ASESORAR

Si desea dejar de fumar:

1. Felicítelo
2. Indique ser atendido en el Servicio de Cesación Tabáquica (SCT).
3. Prescripción médica de NO FUMAR, es muy importante que aparezca escrito en el método.
4. Dar seguimiento al cumplimiento de la indicación.

Si no desea dejar de fumar:

1. Insista en personalizar los beneficios del abandono y los riesgos de ser fumador.
2. Informe sobre la existencia del SCT y beneficios de su uso para la salud.
3. Dar seguimiento a la decisión del paciente, estimulando el abandono y no agobiando al fumador

FUMADOR NO ACTIVO

EX FUMADOR

AVERIGUAR

1. ¿Cuántos años fumó?
2. ¿Cuántos cigarrillos o tabaco fumó al día?
3. ¿Si se expone al humo de tabaco ajeno en su hogar, escuelas, lugares de trabajo o públicos.

ANIMAR

1. Felicitar por mantener la decisión de no fumar.
2. Personalice los beneficios de la no exposición al humo de tabaco ajeno, así como los riesgos de exposición en el hogar, escuelas, lugares de trabajo o públicos.
3. Anime a defender los "espacios libres de humo"

ASESORAR

1. Sobre cómo y por qué crear "espacios libres de humo" a su alrededor
2. Dar seguimiento a la decisión del paciente.

NO FUMADOR

AVERIGUAR

Si se expone al humo de tabaco ajeno en su hogar, escuelas, lugares de trabajo o públicos.

ANIMAR

1. Felicitar por no fumar activamente.
2. Personalice los beneficios de la no exposición al humo de tabaco ajeno, así como los riesgos de exposición en el hogar, escuelas, lugares de trabajo o públicos.
3. Anime a defender los "espacios libres de humo"

ASESORAR

1. Sobre cómo y por qué crear "espacios libres de humo" a su alrededor
2. Dar seguimiento a la decisión del paciente.

ESTRATEGIA 3A

AVERIGUAR ANIMAR ASESORAR

Anexo 2

Información sobre el tabaquismo

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de muerte y muchas de estas se producen de manera prematura. Mata cada año seis millones de personas en el mundo, de las cuales más de 600 000 son **no fumadores**, que fallecen por respirar humo de tabaco ajeno.

En Cuba, 13 301 personas mueren cada año por esta causa, lo que significa que cada día, 36 cubanos fallecen por tabaquismo. El humo de tabaco ajeno es responsable de una de cada 10 muertes relacionadas con el tabaco.

El tabaquismo es reconocido como una enfermedad crónica, generada por una sustancia altamente adictiva que es la nicotina, que produce alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia, similares a otras drogas legales (alcohol) e ilegales. Esta adicción se manifiesta por el consumo compulsivo del tabaco pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, además la persona siente la necesidad de consumir dosis crecientes para obtener el efecto deseado (tolerancia), y presentan el síndrome de abstinencia al realizar un cese brusco o disminución significativa del consumo, apareciendo síntomas como irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, entre otras.

El humo del tabaco contiene más de 4 000 sustancias, tanto en la fase gaseosa como en la sólida del humo del tabaco. La composición de la corriente de humo principal que aspira el fumador y la secundaria que se escapa del cigarrillo al ambiente es diferente, en esta última están más concentradas las sustancias nocivas (monóxido y dióxido de carbono, amoníaco, benceno, benzopireno, anilina, acroleína y otras muchas), lo que incrementa la toxicidad del aire que respiran todas las personas que se encuentren alrededor, fumen o no.

No se conoce un nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno. **¡Haga valer su derecho de disfrutar de lugares 100 % libres de humo de tabaco!**

La nicotina es absorbida a través de la mucosa bucal, faríngea, traqueal, bronquial y pulmonar. Su incorporación en sangre es muy rápida y llega al cerebro aproximadamente en 10 segundos. Según los estudios realizados, la nicotina en fumadores se encuentra en todos los tejidos del cuerpo, incluso en la leche materna.

Su eliminación es por vía renal, siendo una hora el tiempo de actuación de la nicotina de un cigarrillo en el organismo. El estrés acelera la eliminación de nicotina por la orina, por lo que en presencia de estrés tiende a disminuir el tiempo que media entre un cigarrillo y el siguiente.

Existen estudios que sugieren que la nicotina deprime la capacidad del cerebro para experimentar placer a largo plazo. De ahí que los fumadores necesiten mayores dosis de nicotina para experimentar los mismos niveles de satisfacción. Los efectos que produce en el organismo

derivan de su capacidad para actuar sobre el sistema nervioso, produciendo contracción de los vasos sanguíneos, aceleramiento de la actividad del corazón y frecuencia respiratoria. También tiene efectos sobre el metabolismo y los procesos digestivos, entre otros.

El monóxido de carbono (CO) es un gas de elevado poder tóxico que se produce al quemar el tabaco y el papel que envuelve el cigarrillo. Presente en el humo de escape de los coches.

Los alquitranes son sustancias químicas que se desprenden en el humo del cigarrillo, incluidos el arsénico y el cianuro; es la sustancia amarillenta y pegajosa que mancha los dientes y dedos de los fumadores, que se deposita también en los pulmones. Estas sustancias son responsables del cáncer de pulmón, de otros cánceres y de diversas enfermedades respiratorias.

Otras sustancias presentes en el cigarro son:

- Acetona: ingrediente principal en la pintura y removedor de esmalte de uñas.
- Ácido acético: tinte y revelador del pelo.
- Ácido esteárico: cera de vela.
- Arsénico: usado en veneno de rata.
- Amoníaco: componente de los productos de limpieza.
- Alquitrán: sustancia oscura y pegajosa que se encarga de llevar la nicotina y demás productos químicos del tabaco hasta nuestros pulmones.
- Benceno: cemento de goma.
- Butano: combustible para las estufas portátiles.
- Cadmio: encontrado en baterías y pintura de aceite.
- Cianuro de hidrógeno: veneno en compartimientos de gas.
- Cloruro de vinilo: ingrediente encontrado en bolsos de la basura.
- Estireno: encontrado en material de aislamiento.
- Fenol: usado en desinfectantes y plásticos.
- Formaldehído: usado para embalsamar.
- Hexamine: usado como ingrediente de combustión en las barbacoas.
- Hidracina: usada en combustibles de *jets* y cohetes.
- Metano: gas utilizado como combustible.
- Metanol: combustible para cohetes.
- Napthalenes: usado en explosivos, bolas de la polilla, y pigmentos de la pintura.
- Níquel: usado en el proceso del electrochapado.
- Polonium: dosificación de la radiación, igual a 300 radiografías de pecho en un año.
- Toluene: solvente industrial y pegamento.

Al fumar recuerde que todas estas sustancias venenosas están entrando a su organismo.

Anexo 3

Intervención motivacional

En los fumadores que estén en las fases de cambio de precontemplación y contemplación es primordial una intervención motivacional, y uno de los modelos a utilizar puede ser el que sugiere el informe del Public Health Service de los Estados Unidos: relevancia, riesgos, recompensa, resistencias y repetición (5R).

Relevancia. Valorar la importancia de dejar de fumar, tanto para su situación personal como sociofamiliar. Discutir con el paciente la importancia que tendría dejar de fumar para él, para sus hijos y familia.

Riesgos. Valorar los riesgos de continuar con su conducta de fumar, tanto para él como para los que le rodean. Ayudar a que el paciente identifique los riesgos de fumar. Enfatizar que fumar cigarrillos bajos en nicotina o usar otras formas de tabaco (puros, fumar en pipa, mascar tabaco), no eliminará estos riesgos. Estos pueden ser a corto plazo (por ejemplo, exacerbación del asma u otros problemas respiratorios, empeoramiento de sus enfermedades), a más largo plazo (impotencia sexual, trombosis, infartos, distintos tipos de cáncer, etc.) y riesgos para el entorno (repercusiones en los hijos, cónyuge con mayor riesgo de cáncer pulmonar y enfermedad coronaria).

Recompensas. Valorar las ventajas, recompensas, que conlleva el abandono del tabaco. Incentivar al paciente a que reconozca los posibles beneficios de dejar de fumar, sugiriendo y enfatizando aquellos que son más relevantes para el fumador: mejora de la salud, ahorro de dinero, recuperación del gusto y del olfato, mejor forma física, más salud para los hijos y otros. Hacer hincapié en aquellas que por la edad del sujeto lo sensibilice en mayor medida.

Resistencias. Intentar que el paciente identifique las barreras y dificultades para dejar de fumar y destacar las formas de solucionarlas, ofrecer ayuda para enfrentarlas. Las típicas barreras incluyen: síntomas del síndrome de abstinencia, miedo a fallar en el intento, ganancia de peso, falta de apoyo, depresión y gusto por fumar.

Repetición. Repetir esta intervención cada vez que el fumador que no está motivado para dejar de fumar acuda a la consulta médica, siempre en un ambiente de empatía y de respeto hacia el fumador. Los fumadores en fase de precontemplación son sujetos que, por lo general, no se consideran enfermos y por tanto no sienten la necesidad de tratamiento alguno y debe tenerse en cuenta que pueden no desear recibir ningún tipo de consejo respecto a su consumo de tabaco, por lo que ha de valorarse el ofrecerlo de forma sistematizada o espaciarlo durante un tiempo prudencial, por ejemplo a lo largo de unos seis meses, para no encontrar un rechazo que dificulte la relación médico/paciente y, en definitiva, el éxito de la intervención. A los fumadores que han fallado en intentos previos de dejar de fumar se les debería informar de que muchos fumadores hacen varios intentos de abandono antes del éxito final.

Se recomienda utilizar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento.

Anexo 4

Consejos para los días previos al abandono del tabaco

Ponga en práctica los siguientes consejos hasta el día que eligió para dejar de fumar; estos le ayudaran a ir rompiendo lazos con el tabaco y a que el fumar no sea tan placentero.

- Compre los paquetes de uno en uno. No acumule tabaco.
- Planee en la mañana los cigarros que va a fumar ese día y no pase de esa cantidad. Trate de no fumar el último tercio del cigarrillo.
- Comience a registrar su consumo desde ahora hasta el momento que deje de fumar por completo, así su conducta dejará de ser automática y pasará a ser controlada por usted.
- Fume el primer cigarrillo del día después del desayuno. Si ya era así, retráselo 10 minutos.
- No acepte cigarros que le ofrezcan. Tampoco los pida.
- Hágase incómodo fumar: guarde el tabaco y la fosforera después de fumar. Elimine los ceniceros. Fume fuera de la casa.
- Limite las zonas para fumar: nunca en la cama, en el carro ni con niños o con no fumadores.
- Fume menos en el trabajo. Aleje progresivamente el momento de fumar.
- Cuando sienta hambre, en vez de fumar ingiera agua o frutas.
- Nunca lleve encendedor, para que siempre tenga que pedirlo.
- Cuando desee fumar, espere al menos cinco minutos para hacerlo, los deseos desaparecen.
- No fume inmediatamente después de comer. Levántese, camine o haga algo.
- Elija una fecha para dejar de fumar, anótela y comuníquese a sus amigos y familiares. Pídales colaboración y paciencia. Adviértales que a partir de esa fecha no le den tabaco aunque se lo pida.
- La noche anterior a la fecha elegida, tire el tabaco que le quede.
- Si alguien de su entorno quiere dejar de fumar, propóngale hacerlo juntos. Se ayudarán mutuamente.

Abandonar el consumo de tabaco es la decisión más saludable que podemos tomar en nuestra vida. No olvide que no es tan difícil. En el mundo miles de personas lo consiguen cada día.

Anexo 5

Consejos para dejar de fumar

1. Dejar de fumar es difícil pero no imposible. Merece la pena que le dedique un tiempo y esfuerzo adicional.
2. Piense en dejar de fumar solo por el día presente.
3. Procure comer muchas veces y poco cada vez. Evite el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té, etc.). Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán sus mejores alimentos durante este periodo.
4. Durante los primeros días sentirá un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero no se preocupe, existe una forma de enfrentarse y vencer este deseo: "Relájese... respire profundamente... sienta cómo el aire puro y limpio invade sus pulmones... reténgalo todo el tiempo que pueda en su interior... sáquelo lentamente, concéntrese en lo que está haciendo". Repita esto varias veces.
5. Tenga presente que el deseo imperioso de fumar disminuye considerablemente después de la segunda a tercera semana.
6. Su riesgo de padecer enfermedades como el cáncer de pulmón, el infarto de miocardio y la bronquitis está disminuyendo vertiginosamente cada día que supera sin fumar.
7. El estado de su piel y su capacidad para distinguir los sabores y olores mejorarán notablemente con el abandono del consumo de tabaco.
8. Descubra que en las situaciones de tensión es usted el único capaz de dominarlas, no necesita para nada el cigarrillo. Ahora es usted quien domina al tabaco.
9. Ahorre todo el dinero que antes derrochaba en el tabaco. Cuando tenga una buena cantidad regálese eso que tantas veces ha querido comprar.
10. Tenga cuidado, puede engordar; no obstante, si vigila su dieta solo ganará escasos kilos que después puede eliminar fácilmente.
11. Felicítese cada día que pasa porque esta vez seguro que va a conseguir dejar el tabaco.
12. No ceda nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

Anexo 6

Consentimiento informado

Yo _____, ejerciendo mi libre poder y mi voluntad, expreso por este medio que doy mi consentimiento para ser tratado(a) para dejar de fumar. Después de haber tenido una amplia explicación con respecto a la inocuidad del tratamiento:

Estoy consciente de mi derecho a participar o no en el tratamiento y a abandonarlo cuando estime conveniente para mi persona, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte mi relación con el personal, ni la calidad de las ciencias médicas que me será brindada.

La confidencialidad de mis datos será responsabilidad de estos profesionales y no serán divulgados sin mi autorización.

Y para que conste mi voluntad de participar, lo expreso con mi firma en este documento y pongo la fecha en que firmo.

Firma _____

Fecha _____

Anexo 7

Entrevista inicial

Nombre: _____ Edad: _____
Fecha: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
No. grupo: _____ Dirección particular: _____
Teléfono privado: _____ Teléfono trabajo: _____
Estado civil: Casado(a): _____ Acompañado(a): _____ Divorciado(a): _____ Soltero(a): _____
No. hijos: _____
APF: _____
APP: _____
Reacciones a medicamentos: _____

A) HISTORIA DE TABAQUISMO:

1. Edad a que comenzó a fumar: _____
2. Motivos de la iniciación: _____
3. Consumo de: Cigarrillo _____ Tabaco _____ Otros _____
4. Frecuencia de consumo: _____
5. Cantidad promedio de consumo: _____
6. Motivos incitadores del deseo de fumar:
Reducción de la tensión: _____ Estímulo: _____ Herramienta de afrontamiento: _____
Manipulación: _____ Ritual: _____ Automatismo: _____ Control del peso corporal: _____
Control del apetito: _____ Presión social: _____
Después de alimentos: _____ Asociado a café: _____ Alcohol: _____ Dulces: _____
Disfrute del placer oral: _____ Presión laboral: _____ Otros: _____
7. Convivencia con fumadores:
Sí: _____ No: _____ Quienes: _____
8. Otros hábitos tóxicos:
Café: _____ Alcohol: _____ Drogas ilegales y psicofármacos: _____

9. Posibilidades de adquisición del cigarro:

Sí: _____ No: _____ Lo compra: _____ Se lo regalan: _____

10. Intentos anteriores de abandono: Sí: _____ No: _____

11. Tiempo máximo de abstinencia que logró: _____

12. ¿Qué procedimiento empleo?: _____

13. Motivos de la recaída: _____

B) MOTIVACIÓN POR EL TRATAMIENTO:

Decisión personal: _____ Sugerencia o indicación médica: _____

Presión familiar: _____ Reconocimiento cognitivo del daño a la salud: _____

Presión económica: _____ Preocupación estética: _____

Embarazo: _____ Enfermedad actual: _____

Miedo: _____ Otros: _____

Actitudes y expectativas respecto al tratamiento:

Decidido a dejarlo: _____ Intento o prueba de autocontrol: _____

C) EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA:

Tratamiento psicológico o psiquiátrico anterior: Sí: _____ No: _____

Causas: _____

Duración: _____

Medicación: _____

Factores que favorecen el tratamiento _____

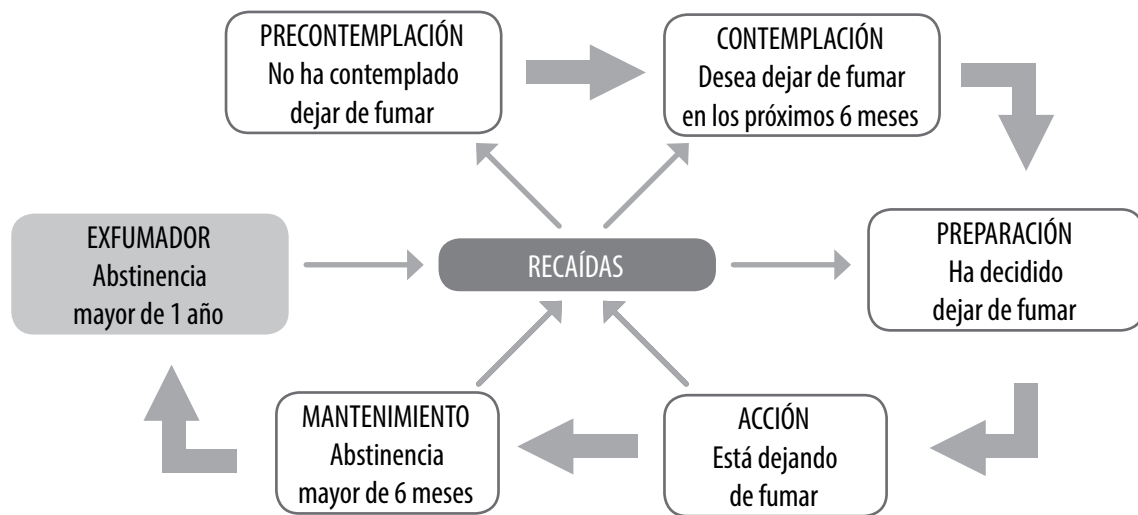
Factores que dificultan el tratamiento _____

Años paquete: Fórmula:

Número de cigarrillos consumidos al día x número de años que lleva consumiendo esa cantidad / 20. _____

Anexo 8

Modelo transteorético de Prochaska



Se utiliza para identificar en qué momento evolutivo de la adicción se encuentra un fumador. Permite adecuar la intervención al nivel de motivación que tenga cada persona para dejar de fumar.

Precontemplación. Los fumadores no conocen o no consideran tener una adicción, no vislumbran la posibilidad de dejar de fumar en un horizonte menor de seis meses.

Contemplación. Los fumadores reconocen tener problemas físicos y psíquicos a causa de la adicción y quieren dejar de fumar, pero se encuentran ambivalentes ante la decisión de cambiar y no están listos para tomar la decisión de abandonar esta adicción en el próximo mes, aunque ven posible hacerlo en los próximos seis meses.

Preparación. La ambivalencia se va transformando en determinación para cambiar y están dispuestos a poner una fecha para dejar de fumar en los próximos 30 días.

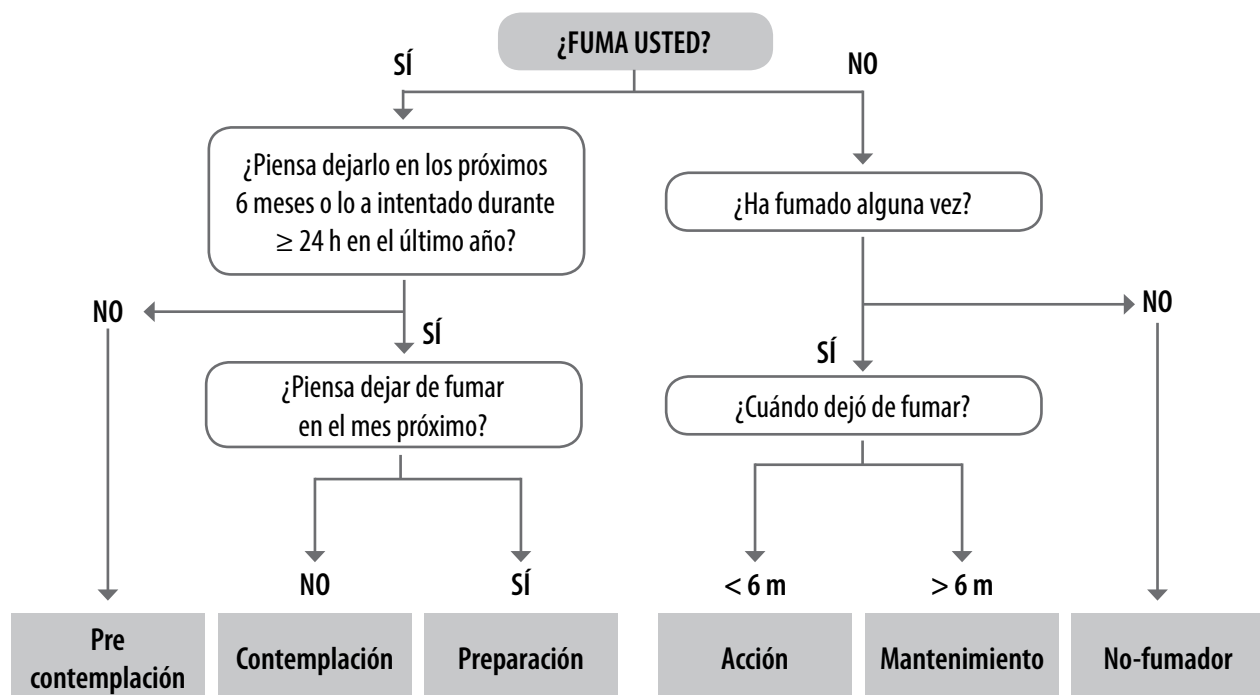
Acción. Es el periodo de seis meses que sigue a la fecha de cesación en la que el fumador aprende a vivir sin fumar, modifica sus patrones de conducta en torno al consumo y trabaja activamente en la recuperación de su adicción.

Mantenimiento. Es el periodo posterior a la acción. Hay quienes permanecen el resto de la vida en esta fase, lo cual implica seguir teniendo tentación o deseos de fumar. Debe identificar esas situaciones y prepararse para enfrentarlas a fin de evitar las recaídas.

Terminación. Hay quienes terminan la fase o etapa de mantenimiento, pasando a lo que Prochaska llama finalización. Son los fumadores que no tienen deseos ni tentación de fumar luego de un tiempo de haber abandonado el tabaco.

Recaída. El fumador vuelve a fumar. La recaída es muy común en todas las adicciones. Los pacientes que recaen volverán a algunas de las etapas previas para recorrerlas nuevamente, aunque se considera que nunca regresarán al mismo nivel de comprensión, encontrándose siempre en una mejor situación.

Evaluación de las etapas de cambio de Prochaska. Para valorar en cuál de las etapas del ciclo de encuentra cada persona se realizan solo tres preguntas aplicables a todos los fumadores:



Anexo 9

Test de Richmond

Es conocido como test de motivación interna, resulta de fácil aplicación y tiene cierta correspondencia con el pronóstico del fumador, especialmente con los pacientes que poseen una autoimagen de **NO FUMADOR** al año.

¿Le gustaría dejar de fumar?	0 NO		1 SÍ	
¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	0 Ninguno	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
¿Intentará dejar de fumar definitivamente en las 2 próximas semanas?	0 No	1 Quizás	2 Sí	3 Definitivamente sí
¿Cree que en los próximos 6 meses usted será un exfumador?	0 No	1 Quizás	2 Sí	3 Definitivamente sí
PUNTUACIÓN TOTAL	+	+	+	=

Si obtiene una puntuación menor o igual a 6 la motivación es baja, si la puntuación tiene valores entre 7 y 9 la motivación es moderada y si la puntuación es igual a 10, la motivación es alta.

Anexo 10

Test de Fagerström

Nombre y apellidos: _____ Fecha: _____

¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	Entre 31 y 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	Primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos se fuma al día?	10 o menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	NO	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Interpretación

- < 4 puntos Dependencia baja,
- 4-7 puntos Dependencia moderada
- > 7 puntos Dependencia alta

Anexo 11

Autorregistro

Día/sem.	Fecha	Numero de cigarrillos consumidos	Comentarios
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Anexo 12

Técnicas participativas

1. Deja y recojo
2. Gente-gente
3. Presentación por parejas
4. La expectativa

Estas se utilizan en la etapa de cohesión grupal.

Deja y recojo

Se preparan dos cajitas, a la primera se le pone por fuera: “deja tu carga negativa aquí” y a la segunda: “recoge tu carga positiva aquí”.

Se apoyan las dos sobre una mesa, la primera vacía y a la segunda se le introducen varios papelitos con: mensajes con los chistes que más los haya hecho reír, títulos de canciones, frases célebres, títulos de películas, etcétera.

Se entregan una tira de papel blanco con un lápiz a cada paciente, se les pide que escriban de forma anónima “el peor malestar que hayan tenido en esa mañana”, lo depositen doblado en la primera cajita y que recojan otro papelito de la segunda cajita. Cuando todos hayan pasado por ambas cajas, regresan al círculo y uno de los terapeutas recoge la primera y va sacando los papeles y los lee. En ese momento se analizan los malestares que tenía cada uno y se les pregunta cómo manejan habitualmente sus malestares de cada día.

Después se pasa a leer los papeles que recogieron de la segunda caja y se les dice que hagan lo que dice cada papel (si es una canción deben cantarla, si es una película contar una parte de esta y así sucesivamente). Se debe animar al grupo buscando que se diviertan y así distienden la tensión de los primeros días con la ansiedad de la expectativa del tratamiento. Al final siempre se les pregunta cómo se sintieron y cómo vieron la actividad.

Gente-gente

Se pide uno o dos voluntarios del grupo y se sacan del círculo, el resto se forma en parejas; se explica que se les darán consignas que repetirán entre ellos, como “rodilla con rodilla”, “hombro con hombro”, “frente con frente” y así cualquier otra parte del cuerpo, y cuando se diga “gente-gente” deben cambiar de parejas de forma rápida, momento que aprovechan entonces los dos que estaban afuera para correr a coger cada uno pareja, por tanto quedarán otra vez dos sin

pareja y a esos dos los restantes miembros del grupo le pondrán un “castigo” para cumplir frente al mismo grupo. Se anima al grupo para que se diviertan, se relacionen, rompan resistencias y disminuyan la ansiedad para que afronten más relajados el tratamiento.

Presentación por parejas

Se les pide que voluntariamente formen parejas y se sienten uno frente al otro. La consigna es que cada uno cuente al otro la historia de su tabaquismo. Al terminar todos vuelven al círculo y cada uno cuenta entonces la historia que le contó su pareja con lujo de detalles. Con esta técnica se busca que se conozcan más profundamente, que se valoren mutuamente; esto los ayuda a concientizar el problema propio y el de los demás y así también se dan cuenta de cómo tienen las funciones de atención y de memoria inmediata, otros aspectos del daño psicológico que les provoca el tabaquismo.

La expectativa

Se pide al grupo que espere fuera del local, el terapeuta solo dentro del local pone en el espaldar de algunas sillas pegatinas de colores, en blanco. Manda a pasar a los pacientes y a sentarse espontáneamente en la silla que escojan sin tocar el papel. Se les pide que digan por qué se sentaron en esa silla en particular, por qué escogieron ese color del papel, qué significado tiene para cada uno ese color. Se les pregunta qué les provocó quedarse fuera, entrar y escoger una silla con o sin papel, y por qué creen que se les puso un papel y qué dice.

Aquí se maneja el estado de expectativa que vive siempre el adicto, su ansiedad anticipada ante cada cosa en la vida y cómo siempre van directo al consumo. Al descubrir cada papel y comprobar que están en blanco se les maneja para trabajar en la incapacidad que ellos poseen de esperar y no anticiparse.

Las siguientes se utilizan en la etapa de concientización, donde se trabajan las actitudes que asumen durante la desintoxicación-deshabitación.

El telegrama

Se entrega papel y lápiz y se da la consigna de escribir telegramas a compañeros del grupo diciéndoles lo que cada uno ve en el otro que “no lo está ayudando” en la desintoxicación-deshabitación. Solo deben poner el destinatario, no el remitente. Se depositan en una caja todos los telegramas escritos y posteriormente el terapeuta los lee uno a uno y se lo entrega al dueño para que lo conserve.

El globo o la pelota preguntona

Se utiliza una pelota o un globo. Se lleva a los pacientes a un área abierta y se forman en un círculo. Se pide un voluntario del grupo y a este se le da la pelota y se le pide que vaya al centro del círculo con ella en las manos. Desde allí escogerá a un paciente a quien le lanzará la pelota y le hará una pregunta. Al que le toque la pelota entonces ocupa el centro y desde allí responde la pregunta al grupo y repite la acción de lanzarla a otro. Si a alguno se le cae, recibirá un castigo que cumplirá de inmediato. Al final se analiza si las preguntas y las respuestas estuvieron centradas en el motivo por el que se encuentran en tratamiento, fueron objetivas, superficiales, evasivas, haciéndoles ver que lo que dijeron guarda relación directa con lo que en esos momentos piensan, por tanto, si fueron centradas tanto unas como las otras se valora de positivo el momento del grupo, de no ser así se les llama a profundizar en la valoración de lo que piensan y dicen en ese momento.

Los adjetivos

Todos sentados en círculo, se pide a cada paciente que “piense” en un animal o en un árbol de la selva y en un adjetivo que lo caracterice y que guarde relación con el estado en el que él o ella se sienta en este momento del tratamiento. También se pide al paciente que se encuentra a su derecha que “piense” en el animal o el árbol de la selva al que se le perezca su compañero. Cuando todos hayan pensado, se pide a cada uno que diga en el animal en que pensó y el adjetivo que representa su estado y por qué, y así después dirá el compañero de al lado en el que pensó y por qué. Al final se analiza si el animal o el árbol se relacionan con lo que piensan los demás y se trabaja el adjetivo en el sentido positivo que pueda contribuir con el cese del consumo o si, contrariamente, los perjudica para lograr su objetivo definitivo.

La espontaneidad

Se a lleva todo el grupo a un espacio abierto y se le dan consignas de: caminar libre y espontáneamente, hacerlo hacia delante, o atrás, en un pie, dando saltos, en pareja, en tríos, en un grupo apretado, que se muevan dando giros primero con los ojos abiertos, después cerrados, y guiados por otros compañero. Esto debe durar alrededor de 10 minutos. Se pide a los pacientes que digan cómo se sintieron en particular, el momento de la técnica en que se sintieron mejor o peor, cuándo se sintieron más cómodos o más incómodos, qué les gustó más y qué no les gustó. Posteriormente se analizan las actitudes y las conductas que mantuvieron en la ejecución, se les dice cómo los percibieron los terapeutas y se les lleva a entender que habitualmente hacen las diferentes cosas de la vida de forma monótona o automática, que se permiten pocas veces hacer las cosas de forma libre y espontanea, ya que lo que repitieron en la actividad se relaciona más con lo que hacen siempre de forma habitual. Se busca analizar lo poco flexibles que son, por lo tanto, la tendencia es a actuar siempre igual, lo que de no cambiar entorpecería algo muy necesario durante el tratamiento, que es “el cambio en el estilo de vida”.

A continuación las utilizadas en la etapa de preparación para el cese.

El buzón

Se pone un buzón de cartón sobre la mesa del local y se entrega papel y lápiz a cada miembro del grupo con la consigna de que escriban un mensaje dirigido a otro de los compañeros, con su nombre, diciéndole lo que cree que le falta fortalecer para el día del cese. Se depositan todos los papeles en el buzón y después cada paciente coge un papel y lo lee al compañero para el cual está dirigido. Este a su vez dirá si está de acuerdo con lo que le pusieron y si cree que necesita trabajar en alguna otra cosa. Al final el terapeuta puntualiza de forma general los aspectos que el grupo encontró más débiles para el día del cese.

Mi fortaleza es como la del...

Se indica a los pacientes sentados en círculo en el local que por un momento piensen en todas las fortalezas que consideran poseen en este momento, las cuales les servirán para el día del cese. Después de haberlas pensado, que busquen a qué animal o árbol le corresponden esas fortalezas y finalmente, cuando lo hayan encontrado, que levanten la mano y digan: mi fortaleza es como la del... Finalmente el grupo va diciendo si lo ven así o no.

El barco o la barca

Se les dice a los pacientes que imaginen que todos van en un barco por alta mar y que de pronto este naufraga. Que se tiran dos botes al mar y que ellos deben decidir a quiénes del barco los embarcan primero y de quién se hacen acompañar. Cuando estén conformados los grupos en cada bote, se pide que digan a quién escogen como jefe del mismo. Al terminar, se analiza por qué conformaron los botes con esas personas del grupo, a quiénes montaron primero y por qué, así como la razón por la que escogieron a los jefes del bote. El final es buscar similitud en lo que hicieron en el barco con la ayuda que pudieran estar necesitando determinados pacientes del grupo en relación con el momento del cese que se aproxima.

La tienda

Se piden dos voluntarios del grupo. Se les dice que serán los dependientes de una tienda adonde irán a comprar los restantes miembros del grupo. Que en esa tienda existe "de todo" para vender. A los demás del grupo se les dice que uno por uno irá hasta la tienda y allí pedirá todo lo que necesite tener para el día del cese y que además cada dependiente particularmente le venderá lo que considere que también le hace falta para ese día. Se analiza al final si estuvieron bien centrados en lo que compraron y lo que vendieron en función del cese.

En la etapa de refuerzo y valoración de los cambios algunas de las utilizadas son:

La cámara fotográfica (para imágenes aversivas)

Se les dice a los pacientes que cierran los ojos y visualicen un recuerdo vivido por ellos donde hayan experimentado una situación negativa y muy desagradable, que recuerdan con dolor, que los moviliza, relacionada muy directamente con su adicción al tabaco (ej. Un abuelo que fumando mueve la mano hacia atrás sin mirar que estaba su nietecita y le quema la cara). Cuando se hayan representado ese recuerdo, que piensen que le sacan una fotografía, al tenerla, por orden van levantando la mano para contarle al grupo cuál ha sido su “foto”. Se le dice al grupo que el objetivo de tener una foto o imagen desagradable relacionada con su adicción es para que la guarden en sus recuerdos y cada vez que sientan deseos de fumar la busquen en la memoria y la traigan al momento para que rechacen el deseo.

El arcoíris

Se entrega papel y colores a cada uno, se les pide que pinten un arcoíris con los colores que representen su estado emocional actual. Después de terminados todos, cada uno va enseñando el suyo y explicando el significado de cada color de acuerdo con su estado de ánimo actual, después de haber cesado el consumo.

El retrato

Se hace un círculo y se da papel y lápiz a cada uno con la consigna de que pinten su rostro según cómo se perciben en estos momentos desde que abandonaron el consumo. Al terminar se les pide que se lo fijen en el pecho con una presilla y el resto de los pacientes dirá lo que ve en el dibujo que hizo cada uno de sí mismo. Se podrá analizar si coincide lo que dibujó cada uno con lo que vieron los demás.

Anexo 13

Contrato terapéutico entre el paciente y el psicoterapeuta

Fecha _____

Grupo _____

Terapeuta _____

De los deberes del paciente:

1. Acepto asistir a las sesiones de tratamiento y a las consultas de seguimiento.
2. Me comprometo a asistir puntualmente al tratamiento y a comunicar las causas de las ausencias.
3. Acepto responsabilizarme por las molestias y consecuencias del cambio de conducta y abandono del tabaquismo.
4. Acepto intentar dejar de fumar a partir de la 3^{ra}. sesión, cumplir las indicaciones médicas y comentar en el grupo todas las molestias, obstáculos y estados emocionales durante el tratamiento.
5. Haré mis mejores esfuerzos para dejar de fumar el día:

Fecha de abandono: _____

De los deberes del terapeuta:

1. Asistir puntualmente a las sesiones de tratamiento: Si por alguna razón le fuera imposible presentarse, deberá de pedir a algún compañero del equipo de la consulta que lo sustituya por esa sesión.
2. Explicar con claridad y precisión todo aquello que desee conocer el paciente en relación con el síndrome de abstinencia o el tabaquismo en general.
3. Llevar el control de autorregistro, interpretarlos y proporcionar los comentarios pertinentes.
4. Motivar y apoyar incondicionalmente los esfuerzos realizados por el paciente para lograr el objetivo de dejar de fumar.
5. Facilitar los medios disponibles para llevar a la práctica la terapia de grupo.
6. Mantener la confidencialidad de los datos del paciente.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del paciente

Firma

Nombre del terapeuta

Firma

Anexo 14

Nombre y apellidos: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR

MOTIVOS	FRECUENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
A. Me siento más seguro cuando fumo.			
B. Siento que fumando me concentro mejor.			
C. Exhalar cada una de las bocanadas de humo me produce una gran sensación.			
D. Disfruto fumar después de los alimentos, té, café o alcohol.			
E. Cuando me siento enojado por algo fumo para tranquilizarme.			
F. Aun enfermo siento la necesidad del cigarro.			
G. Todos los cigarrillos que fumo son placenteros.			
H. Si no fumo pierdo parte de mi personalidad.			
I. Fumo para mantenerme despierto.			
J. Sentir el cigarrillo entre los dedos es gratificante.			
K. Cuando estoy relajado y en periodos de descanso me gusta fumar.			
L. Si estoy nervioso por algo fumo cigarrillos.			
M. Si cambio a cigarros suaves fumo casi el doble.			
N. Enciendo un cigarrillo sin haber terminado el anterior.			
O. Fumo más cuando estoy en reuniones sociales.			
P. En trabajos monótonos o aburridos fumo más.			
Q. Disfruto de golpear con el cigarrillo de determinada manera.			
R. Durante mi trabajo dedico tiempo para disfrutar de un cigarrillo.			
S. Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones.			
T. Me siento a disgusto si no fumo, aun cuando el fumar no es realmente grato.			
U. Enciendo cigarrillos sin darme cuenta.			
V. Fumo para no sentirme tan solo(a).			
W. Me siento más alerta y con energía al fumar cigarrillos.			
X. Disfruto fumar desde el momento en que tengo la cajetilla en mis manos.			
Y. Cuando estoy tranquilo me gusta fumar.			
Z. Fumo más cuando estoy tenso(a).			
A1. Al dejar de fumar unas cuantas horas empiezo a sentir síntomas físicos desagradables.			
B1. Ha habido ocasiones en que olvido dónde dejé un cigarrillo prendido.			
C1. Tener un cigarrillo en la bolsa me produce tranquilidad.			
D1. Trabajo mejor cuando fumo.			
E1. Sacar la cajetilla, tener el cigarrillo en la mano y ver el humo es gratificante.			
F1. Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómodo.			
G1. Fumar me reduce la tensión.			
H1. Cuando no tengo cigarrillos soy capaz de hacer lo que sea por conseguirlos.			
I1. Fumo todo los cigarrillos que me ofrecen.			

Como calificarlo: Frecuentemente = 3

Ocasionalmente = 2

Nunca = 0

_____	_____	_____	_____	_____	_____	Psicológico
A	H	O	V	C1		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Estímulo
B	I	P	W	D1		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Manipulación
C	J	Q	X	E1		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Esparcimiento
D	K	R	Y	F1		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Reducción de tensión
E	L	S	Z	G1		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Necesidad
F	M	T	A1	H1		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Hábito
G	N	U	B1	I1		

Resultado de la evaluación 0 a 5: No es motivo

6 a 10: Motivo no muy importante

11 a 15: Motivo muy importante

Anexo 15

Recomendaciones para mantenerse sin fumar

Las siguientes indicaciones son algunas herramientas que facilitan el proceso de abandono del tabaquismo.

Recuerde que apegarse a cada una de ellas lo ayudará a no fumar, a que cada día se sienta mejor, a disminuir el síndrome de abstinencia, la dependencia física y la dependencia psicológica, a evitar sus deseos de fumar y, en un futuro, a no recaer.

1. **Deseche todos sus cigarrillos.** Limpie los ceniceros de su casa, oficina y auto. Deshágase de sus encendedores.
2. **Piense en cualquier imagen negativa del cigarro.** Cuando sienta ganas de fumar seleccione su peor recuerdo relacionado con ese hábito, como cuando casi se “ahoga” después de correr para alcanzar el autobús. Luego piense en los aspectos positivos del dejar de fumar: usted será capaz de correr más rápido y hasta su voz va a mejorar.
3. **Adopte una actitud positiva hacia no ser fumador.** Trate de concebirse como exfumador.
4. **Respire profundamente.** Cada vez que sienta el deseo de fumar, detenga la respiración durante 10 segundos y siga respirando lentamente.

Hacer respiraciones profundas y rítmicas es algo parecido a fumar, excepto que usted inhala aire puro y no gases venenosos.

5. **Procure iniciar un ejercicio físico.** Siempre que sea posible, camine, no maneje. Después de comer dé un corto paseo en lugar de fumar. Este ejercicio extra incluso lo ayudará a bajar de peso.
6. **Haga públicos sus planes de no fumar.** Pida a sus familiares y amigos que lo ayuden a no volver a fumar. Suplique a sus compañeros de trabajo que no fumen cerca de usted.
7. **Pase más tiempo con amigos que no fuman.** Visite lugares donde esté prohibido fumar: bibliotecas, teatros, cines, museos; cuando viaje utilice la sección de “no fumar” en aviones.
8. **Mantenga sus manos y su mente ocupadas.** Haga crucigramas, teja, borde o lea. Revise sus cuentas, bañe al perro. Arregle el jardín.
9. **Procure modificar sus hábitos asociados con el cigarrillo.** (Café, alcohol, reuniones sociales, teléfono, etc.). Abandone inmediatamente los lugares que lo inciten a fumar. En casa no use su “sillón de fumar”. Cuando hable por teléfono, tome una goma de mascar, en lugar de un cigarrillo.

- 10. Adquiera el hábito de comer dentro de un horario y de disfrutar los alimentos que ingiere.**
- 11. Cepille sus dientes con frecuencia.** Varias veces al día para hacer desaparecer el aliento de fumador y eliminar los restos de alimentos que están estimulando a las papilas gustativas.
- 12. Trate con delicadeza su cuerpo y espíritu.** Disfrute de un buen baño, un momento de reflexión o una siesta. Escuche su música favorita. Aprecie el hecho de que no necesita de un cigarrillo para pasarla bien.
- 13. No ingiera irritantes como mostaza, pimienta, vinagre.** Porque provocan el deseo de fumar.
- 14. Trate de beber líquidos como:** agua, leche, jugos que contengan cítricos (limón, naranja, mandarina, guayaba, toronja, etc.).
- 15. Trate de no comer en exceso.** Ya que esto produce mayor deseo de fumar.
- 16. Evite tomar bebidas alcohólicas.** Ya que esto inhibe la voluntad, además de que es una conducta asociada con el tabaco.
- 17. Evite temporalmente reuniones sociales y juegos de azar.** Por ser ambientes que estimulan el deseo de fumar.
- 18. En el lugar** que ocupaba su cenicero favorito, coloque un recipiente donde diariamente deposite lo que gastaba en sus cigarros. Y compre lo que más le guste.

Anexo 16

Juramento por 24 horas:

Juro, por el bienestar de mi familia, por mi salud y por mi sentido de la responsabilidad, que me mantendré durante las próximas 24 horas sin fumar.

Tendré siempre presente que con este método prolongaré mi vida, pues mejorarán mis arterias, mi corazón, mis pulmones, mi vida sexual y calidad de vida.

Anexo 17

Reglas tácitas

Etapas de fortalecimiento de las habilidades sociales

Las reglas tácitas son falsas creencias que se imponen las personas de forma rígida y que los llevan a estresarse constantemente y, por tanto, toda aquella persona que funcione en sus relaciones interpersonales de forma tácita va derecho hacia el estrés y, en el caso de los pacientes adictos, al consumo de cigarros.

Estas personas funcionan en estos términos: tengo, debo, tienen, deben, siempre, nunca.

Existen reglas tácitas que las personas se imponen a sí mismas, como por ejemplo:

- Tengo que trabajar duro siempre.
- No debo defraudar a nadie nunca.
- Debo complacer a todos siempre.
- Tengo que trabajar siempre sobre seguro.

Existen reglas tácitas que las personas le imponen a los demás, por ejemplo:

- Tienen que complacerme siempre.
- No deben defraudarme nunca.
- Deben hacer lo que les digo siempre.
- No deben pedirme que haga lo que no quiero.

Para resolver satisfactoriamente esta manera de pensar y actuar existen palabras “mágicas” como: preferiría, me gustaría, desearía.

Si sustituimos los tengo y tienen, por ejemplo por me gustaría, no sería tácito.

Que los pacientes adquieran esta forma de manejar las relaciones sociales les quita momentos de tensión y, por tanto, les evita el estrés que los lleva a fumar la mayor parte de las veces.

Anexo 18

Orientaciones nutricionales

Durante la etapa de cesación, los fumadores tienen ingestiones elevadas de carbohidratos y azúcares refinados. Al dejar de fumar estas personas tienen una ganancia de peso de 5 lb (2,3 kg). Aproximadamente, el 80 % de los fumadores que abandonan el cigarro ganan de peso, pero cerca de un 3,5 % de aquellos que dejan de fumar ganan más de 20 lb. Los incrementos de la ingestión de alimentos y la disminución del gasto de energía al reposo son grandemente responsables de la ganancia de peso postcesación.

Recomendaciones

- Consuma 2-3 litros de agua/día para eliminar la nicotina circulante en sangre.
- Consuma tres raciones de frutas medianas y dos de ensalada (1 taza de vegetales crudos o ½ taza de vegetales cocinados) diarios, para garantizar aportes de vitaminas, minerales, sustancias antioxidantes (polifenoles) y fibra dietética. Esto equivale a consumir 400 g de frutas y hortalizas en 24 horas.
- Consuma vegetales del tipo de la col, col de Bruselas, colinabo, coliflor, brócoli, col china, nabos (vegetales crucíferos), que tienen acciones anticancerígenas por los polifenoles como: los glucosinolatos, indol y los sulfurafanos.
- Los productos de soya tienen acciones antioxidantes y anticancerígenas, como los isoflavonoides: daidzeína y gisteína, que también previenen el enfisema pulmonar.
- Consuma puré de tomate, guayaba, fruta bomba, melón de agua, y toronja roja, ricos en licopeno con buenas acciones antioxidantes y anticancerígenas.
- Utilice aceites vegetales para elaborar alimentos asados o salcochados, que aportan ácidos grasos esenciales al organismo y son carentes de colesterol.
- Evite el consumo elevado de grasa, que favorece el sobrepeso/obesidad al freír.
- No recaliente las grasas, pues aportan sustancias tóxicas (aldehídos, peróxidos y radicales libres) al organismo que favorecen enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o cáncer.
- Elimine las grasas animales: manteca, mantequilla, queso crema, tocino, chorizo, beicon, enjundia de gallina, así como margarina, que aportan grasa saturada y colesterol que favorecen el daño vascular.
- Prefiera el consumo de carnes blancas: pollo, pescado, pavo o conejo, y huevo, que aportan proteína de alto valor biológico y vitamina B12. Estas no son aterogénicas ni cancerígenas.

En este grupo incluya a las legumbres (frijoles, chícharos, lentejas y garbanzos), que aportan proteína vegetal, hierro y vitaminas del complejo B.

- No tome té o café después de las comidas, pues los polifenoles de estas bebidas interfieren la absorción del hierro vegetal.
- Evite consumir alimentos asados al carbón, ahumados o curados, que aportan sustancias cancerígenas (benzopireno y benzoantraceno), así como los embutidos, que contienen nitritos que se transforman en nitrosaminas en el estómago y son también potentes sustancias cancerígenas.
- No consuma habitualmente alimentos o líquidos calientes, que favorecen lesiones esofágicas o gástricas malignas.
- Utilice condimentos naturales como, ajo, cebolla, ají, comino, laurel, y no sazones completas ni pastillas saborizantes. Los condimentos vegetales brindan sabor agradable a las comidas y sustancias antioxidantes o fitoquímicos.
- Cumpla los horarios de las comidas: desayuno, almuerzo, comida y meriendas a media mañana y media tarde. Esto contribuye a garantizar una dieta saludable manteniendo un peso adecuado o normal.
- Realice actividad física diaria, como caminar en terrenos llanos 1 hora/día, para mantener el peso normal o para bajar de peso, si esta sobrepeso/obeso. Esto permite activar la circulación sanguínea, previene enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, contribuyendo a liberar tensiones o estrés.
- Practique ejercicios respiratorios a diario para mejorar la capacidad ventilatoria pulmonar de los exfumadores y así contribuir a la rehabilitación respiratoria.
- Mantenga su peso dentro del rango normal. Para saber su IMC normal utilice el peso y la talla:

IMC= índice de masa corporal

IMC= Peso kg / Talla m²

Clasificación según el índice de masa corporal (IMC)

Clasificación	kg/m ²
Bajo peso	<18,5
Normal	18,5-24,9
Sobrepeso	≥ 25
Preobeso	25-29,9
Obesidad GI	30-34,9
Obesidad GII	35-39,9
Obesidad GIII	≥40

Anexo 19

Beneficios de dejar de fumar

Dejar de fumar tiene claros beneficios para la salud. Las personas que permanecen sin fumar 15 o más años tienen un riesgo de morir similar a aquellos que no han fumado nunca.

¿Qué ocurre al dejar de fumar?

A los 20 minutos del último cigarrillo:

- Se restablece la presión arterial.
- Se restablece el pulso.
- Se restablece la temperatura de los pies y las manos.

A las 8 horas:

- Se normaliza el monóxido de carbono en sangre.
- Se normaliza el oxígeno en la sangre.
- A las 24 horas:
- Disminuye la probabilidad de ataque cardíaco.

A las 48 horas:

- Las terminales nerviosas se acostumbran a la ausencia de nicotina.
- Mejora el gusto y el olfato.

A las 72 horas:

- Los bronquios se relajan, se respira mejor.
- Mejora la capacidad pulmonar.

De 2 semanas a 3 meses:

- Mejora la circulación.
- Es más fácil caminar.
- La función pulmonar mejora en un 30 %.

De 1 a 9 meses:

- Disminuye la tos, la congestión nasal, la fatiga y la falta de aire.
- Se regeneran los cilios y disminuyen las infecciones respiratorias.
- Aumenta la energía general.

Al año.

- El riesgo de morir por enfermedad cardíaca disminuye a la mitad.

A los 5 años.

- El riesgo de morir por enfermedad cardíaca es igual al de los no fumadores.
- El riesgo de morir por enfermedad pulmonar disminuye a la mitad.

A los 10 años.

- El riesgo de morir por cáncer de pulmón es similar al de los no fumadores.
- Se reemplazan las células precancerígenas.
- Disminuye la incidencia de otros cánceres.

Anexo 20

Prevención de recaídas

La recaída es una posibilidad humanamente posible y esperada, pero no necesariamente un hecho que no podamos controlar y al que estemos condenados. Se considera recaída cuando se regresa al consumo por siete días consecutivos de al menos una bocanada diaria después de un periodo de total abstinencia de más de 21 días.

Evitar las recaídas es una decisión personal, depende de usted, no está determinada por situaciones externas.

Evite la necesidad de “premiarse mediante el consumo de cigarro”.

Despoje al cigarro de poderes mágicos, que no tiene, sino que usted cree que tiene, porque subjetivamente se los ha atribuido.

Proporciónese momentos gratificantes con frecuencia y rompa su asociación con fumar.

Aprenda a rechazar las invitaciones a fumar, sin sentir frustración o rabia.

Ante los problemas, afróntelos, establezca prioridades, busque alternativas de solución, y no le deje la responsabilidad al cigarro, deje de autoengañarse.

Revise su anterior patrón de consumo y motivos de fumar, esos son los principales motivos de recaída.

Un “resbalón” o “violación” de la abstinencia significa una experiencia de aprendizaje y no una recaída. Busque las causas y evite los sentimientos de culpa y fracaso, de impotencia personal, estados emocionales negativos.

Ante esa situación retorne a la abstinencia y apóyese en los recursos aprendidos para mantenerse sin fumar, escriba las ganancias obtenidas en el periodo de abstinencia y las pérdidas que tendrá si regresa al consumo, evalúe varias alternativas de solución y elija, actúe y verifique los resultados.

Preste especial atención a los pensamientos alimentadores del deseo. Confíe más en sí mismo y su autocontrol.

Evite situaciones de riesgo:

- Estímulos asociados a fumar: café, alcohol, reuniones, fiestas.
- La presión social (fiestas de amigos, etc.).
- Los propios desafíos al control, no se rete, no se “tiente”.

Aprenda nuevos modos de afrontar el estrés.

Piense siempre en positivo. No diga "no puedo controlarme", es mejor "me cuesta trabajo pero voy a poder hacerlo".

Sea flexible, pero decidido y determinado en sus propósitos.

Piense en presente, aquí y ahora, no generalice al futuro, sobre el cual no puede tener control, pero puede planificarlo.

El ser humano viene preparado para reír, bailar y divertirse, sin necesidad de sustancias extras.

Anexo 21

Muestra de Diploma

.....

Área de Salud: _____

Municipio: _____

Se otorga el presente Diploma

A: _____

POR HABER DEJADO DE FUMAR

Provincia, _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Especialista Principal de Servicios

"SÍ SE PUEDE"

.....

Modelo 18-144
Ministerio de Salud Pública
Estadística
Unidad:

ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA

FECHA

Día

Mes

Año

COMIENZO

TERMINACIÓN

hora

am

pm

Correlativo

F I L A	HISTORIA CLÍNICA B	NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE C	EDAD D	SEXO E	PROBLEMA DE SALUD (ENFERMEDAD, TRAUMATISMO, SECUELA, FACTOR DE RIESGO, ETC.) F	CÓDIGO G	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO EN:			DIAGNÓSTICO PENDIENTE			CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD H
							1RA VISITA H	VISITA SUBSIGUIENTE I	VISITAS ANTERIORES SEGUIENTES J	1RA VISITA K	VISITA SUBSIGUIENTE L		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													

Página 1

[illegible]

Anexo 24

Instructivo del modelo:

Registro de pacientes en cesación tabáquica

Objetivo:

Establecer un registro que permita conocer información sobre los ingresos, evolución y egreso de los pacientes en CONSULTA MULTIDISCIPLINARIA DE CESACIÓN TABÁQUICA.

Generales:

- El registro será habilitado y actualizado sistemáticamente por el especialista principal.
- Al concluir el año se entregará el registro al Dpto. de Estadística de la unidad.
- Los pacientes que al cierre del año no hayan concluido el tratamiento se anotarán en el registro del año que comienza, poniéndole todos los datos que ya tenían recogidos, incluido el número de registro que poseían.

Departamento de:

Anotar el nombre del Dpto. en que se habilita el registro.

Hoja No.

Anotar el número de hoja según corresponda, comenzando por el número 1, el 1^{ro}. de enero de cada año.

No.

Anotar el número consecutivo según corresponda, teniendo en cuenta lo establecido en Generalidades al comenzar el año.

Fecha de ingreso

Anotar el día, mes y año en que ingrese el paciente al Registro.

Nombre y apellidos

Anotar el nombre y apellidos del paciente.

No. Historia clínica

Anotar el número de historia clínica del paciente.

Edad, sexo

Anotar la edad y el sexo del paciente según corresponda a cada columna.

Escolaridad

Anotar el número correspondiente a la escolaridad del paciente, según clasificador que aparece en las instrucciones del modelo.

Ocupación

Anotar el número correspondiente a la ocupación del paciente, según clasificador que aparece en las instrucciones del modelo.

1. Trabajador de la salud.
2. Trabajador de educación.
3. Otro.

Diagnóstico inicial

Marcar la clasificación del diagnóstico inicial, según corresponda por el test de Fagerström, en cada columna como dependencia:

- Baja: puntuación menor o igual a 4.
- Media: puntuación con valores de 5-6.
- Alta: puntuación igual o superior a 7.

Modalidad de tratamiento

Marcar, según corresponda, la modalidad de tratamiento que se indica al paciente, teniendo en cuenta el clasificador que aparece en las instrucciones del modelo.

- Terapia individual (deben ser incluidos los pacientes que reciben solo esta modalidad de tratamiento).
- Terapia de grupo.

Recursos terapéuticos

Anotar el número correspondiente al recurso o recursos terapéuticos utilizados, según clasificador que aparece en las instrucciones del modelo.

Estadio

Anotar el número correspondiente al estadio en que se encuentre el paciente, según clasificador que aparece en las instrucciones del modelo.

Estadio (al terminar el ciclo de tratamiento).

1. Abstinencia (abandonó del consumo durante un periodo igual o mayor a un mes).

2. Persistencia del consumo (no logró la abstinencia después de terminado el ciclo de tratamiento).
3. Abandono del tratamiento (no continuó asistiendo a consulta)

Fecha de egreso

Anotar el día, mes y año en que egresó el paciente al concluir el ciclo de tratamiento de seis semanas.

Seguimiento

En las columnas de consulta de seguimiento a los pacientes que lograron la abstinencia al terminar el tratamiento, anotar el número correspondiente al estadio evolutivo en que se encuentre al asistir a las mismas, según clasificador que aparece en las instrucciones del modelo.

1. Abstinencia.
2. Recaída.

De existir un caso que abandonó el tratamiento y solicita nuevamente atención se incluirá como caso nuevo.

ISBN: 978-959-283-160-5



MINSAP



Prosalud



Todos merecemos
respirar
salud