

El tratamiento grupal multicomponente: un método efectivo contra el tabaquismo

Group multicomponent treatment: an effective method against nicotine

Damary Puentes Valle^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0387-5289>

Lourdes Alicia Rodríguez Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0001-6983-9507>

Noria Liset Pupo Ávila² <https://orcid.org/0000-0001-7526-5634>

Reinaldo Sit Pacheco¹ <https://orcid.org/0000-0002-0045-4980>

¹Departamento municipal de salud mental Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba

²Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: damarypv@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica perteneciente al grupo de las adicciones. En Cuba existen pocas referencias de publicaciones que midan el resultado de estrategias psicoterapéuticas.

Objetivo: Evaluar los resultados alcanzados en pacientes que durante un año recibieron tratamiento grupal multicomponente para la cesación tabáquica.

Métodos: Investigación descriptiva longitudinal de corte evaluativo. Se evaluaron los resultados en 83 fumadores que recibieron un año de tratamiento multicomponente para la cesación tabáquica en el Departamento de Salud Mental de Plaza de la Revolución. Se aplicó encuesta y se determinó niveles de monóxido de carbono y carboxihemoglobina.

Resultados: Al año de tratamiento, 42,1 % se mantenía sin fumar, 21,7 % disminuyó el consumo. Aunque acudieron más féminas a recibir ayuda, un mayor número de hombres logró la abstinencia. De los abstinentes, solo 10 señalaron convivir con fumadores, ninguno tenía antecedentes personales de alcoholismo y 11,4 % estaba en fase precontemplativa o contemplativa. 91,4 % de los exfumadores no tenían intoxicación por monóxido de carbono. En contraposición, 91,7 % de los que seguían fumado tenían niveles moderados de carboxihemoglobina. Los principales beneficios fueron mejoría de salud y de economía, de

forma grupal se produjo un ahorro de 191 625 pesos. La totalidad de los pacientes refirió satisfacción con el tratamiento recibido brindando sugerencias para su perfeccionamiento.

Conclusiones: La aplicación del tratamiento multicomponente para la cesación tabáquica es satisfactorio, a pesar de ser el tabaquismo una adicción difícil de controlar. Se aporta información útil, sobre la deshabituación tabáquica en contextos clínicos, que permite perfeccionar las acciones de cesación.

Palabras Clave: tabaquismo; tratamiento grupal multicomponente; cesación; abstinencia; cesación tabáquica; cooximetría.

ABSTRACT

Introduction: Smoking habit is a chronic disease belonging to the group of addictions. In Cuba there are few references of publications that measure the result of psychotherapeutic strategies against this habit.

Objective: To evaluate the results achieved in patients that during one year received a group multicomponent treatment for smoking cessation.

Method: Descriptive longitudinal research of evaluative type. The results were evaluated in 83 smokers a year after receiving multicomponent treatment for smoking cessation in the Department of Mental Health of Plaza de la Revolución municipality. A survey was applied and levels of carbon monoxide and carboxyhemoglobin were determined.

Results: 42,1 % of the patients keep without smoking a year after treatment, 21,7 % decreased consumption. Although more women went to receive help, a greater number of men achieved abstinence. Of the abstinent only 10 reported living with smokers, none had personal history of alcoholism and the 11,4 % was in pre-completion or completion phase. 91,4 % of former smokers had no carbon monoxide poisoning. In contrast, 91,7 % of those who continued to smoke had moderate levels of carboxyhemoglobin. The main benefits were improvement of health and economy, and as a group there was a pocket saving of 191 625 pesos. All patients expressed satisfaction with the treatment received and offered suggestions for its improvement.

Conclusions: The results of the use of the multicomponent treatment for smoking cessation are satisfactory, instead of being nicotine addiction an addiction which is hard to control. It was provided information on smoking cessation in clinical contexts that allows improving cessation actions.

Keywords: nicotinism; group multicomponent treatment; cessation; abstinence; smoking cessation; co-oximetry

Recibido: 22/01/2018

Aceptado: 13/08/2018

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el tabaquismo es uno de los desafíos de la salud pública, por ser una drogadicción con consecuencias en el ámbito individual, familiar y social.

Un tercio de la población mundial mayor de 15 años fuma, lo que corresponde a más de 1000 millones de fumadores. El tabaquismo es la causa de unas veinticinco enfermedades comprobadas.⁽¹⁾

Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgaron en el 2008 el plan MPOWER que responde a las siglas de seis medidas de control del tabaquismo: *Monitor* para vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; *Protect* para proteger a la población del humo de tabaco; *Offer* para ofrecer ayuda para dejar el tabaco; *Warn* para advertir de los peligros del tabaco, *Enforce* para hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad; promoción y patrocinio del tabaco y *Raise* para aumentar los impuestos al tabaco.⁽²⁾

En Cuba, según la III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles 2010-2011, fuma el 23,7 % de la población de 15 años y más. Aproximadamente seis de cada diez fumadores manifestaron el deseo de dejar de fumar, lo que equivale a 1 161 627 de cubanos.

Sin embargo, la solicitud espontánea de ayuda para dejar de fumar fue declarada solo por uno de cada 20 fumadores.⁽³⁾

En la cultura y costumbres de la población cubana está arraigada la práctica de fumar. Es por ello, que dentro de las estrategias del Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo está ofrecer tratamiento a personas interesadas en dejar de fumar y rehabilitación a exfumadores, a través del Sistema Nacional de Salud, siendo más factible en la Atención Primaria.⁽⁴⁾

En la Habana, en el municipio Plaza de la Revolución, incrementar la lucha contra el tabaquismo se identificó como una necesidad sentida de la población.⁽⁵⁾ Para dar respuesta a esta necesidad en el Departamento de Salud Mental del municipio se efectuaron entrevistas a fumadores, familiares, especialistas de salud mental con experiencia en el trabajo de las adicciones y a directivos con el rol de expertos, como variante propia de la estadística no paramétrica. Se realizó un análisis documental de las fuentes que sustentaron el marco referencial para el tratamiento psicoterapéutico en adictos al tabaco.^(6,7,8,9)

Adquirir criterios sobre las características que debe reunir una terapia para la desestimulación tabáquica permitió el diseño e implementación de un programa de tratamiento grupal multicomponente para la cesación. Esta modalidad psicoterapéutica se oferta en la institución desde hace más de 10 años. Recientemente, se incorpora como parte de las acciones de promoción, prevención y en la asistencia médica la medición del monóxido de carbono y de la carboxihemoglobina en el aire espirado a través de la cooximetría.

El equipo de salud mental del centro determinó, en otros estudios, las características comportamentales relacionadas con el tabaquismo en parte de los pacientes que fueron atendidos.^(10,11) Sin embargo, no se conocen los resultados alcanzados a corto, mediano y largo plazo, por no haberse establecido los mecanismos para evaluar la abstinencia alcanzada. Tampoco existe en la institución reportes de las cifras de monóxido de carbono, ni carboxihemoglobina en aire espirado de las personas fumadoras atendidas.

En diferentes investigaciones donde se miden las tasas de abstinencia a mediano y largo plazo, estas oscilan entre 20 y 50 %, decayendo a medida que pasan los meses.^(12,13,14,15) En el Departamento de Salud Mental del municipio Plaza de la Revolución, a pesar de aplicarse el programa de cesación hace varios años, no se conocen los resultados alcanzados a corto, mediano y largo plazo por no haberse establecido los mecanismos para evaluar la abstinencia alcanzada, constituyendo este el problema científico de la presente investigación. El objetivo de la investigación es evaluar los resultados alcanzados en pacientes que durante un año recibieron tratamiento grupal multicomponente para la cesación tabáquica.

MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal de corte evaluativo de pacientes fumadores, que recibieron tratamiento grupal multicomponente para la cesación tabáquica en el Departamento de Salud

Mental de Plaza de la Revolución durante el periodo de septiembre de 2014 a septiembre de 2015.

El universo estuvo constituido por 94 fumadores que recibieron tratamiento para la cesación tabáquica durante el periodo seleccionado, distribuidos en cuatro grupos. Estas personas acudieron espontáneamente o remitidos por su médico de la familia, la línea confidencial antidrogas u otro personal de la salud.

Después de un año de tratamiento fueron citados para evaluar los resultados. Por fallas en el seguimiento y tener que dar baja de la investigación a 11 pacientes debido a, salidas del país, fallecimientos y cambios de dirección, la muestra final quedó constituida por 83 personas: 52 féminas y 31 hombres.

Para dar cumplimiento al objetivo trazado la investigación se dividió en dos etapas.

Primera etapa

Antes de recibir el tratamiento a todos los pacientes, previo consentimiento informado, se les aplicó una encuesta para obtener datos sociodemográficos: edad, escolaridad, vínculo laboral, antecedentes patológicos personales de alcoholismo y de trastornos psiquiátricos, características de su consumo: cantidad de años fumando, cantidad de cigarrillos consumidos en un día, convivencia con fumadores e intentos previos de abandono de cigarrillos.

Se les aplicó el test de *Fagerström* modificado⁽⁹⁾ para conocer el grado de dependencia a la nicotina, que consta de seis preguntas, con dos o cuatro alternativas de respuesta, (Anexo 1) Se determinó la motivación para dejar de fumar según el modelo Transteórico de *Prochaska* y *DiClemente* (Anexo 2), por ser útil para diferenciar tipos de estrategias en dependencia de si las personas están o no preparadas para dejar en ese momento el tabaco. Según este modelo, la persona se encuentra en Fase precontemplativa cuando no ve o no quiere ver lo anómalo de su comportamiento, ni lo imprescindible del cambio. En la Fase contemplativa la persona reconoce la necesidad del cambio, aunque aún no se ha comprometido a pasar a la acción, existe una ambivalencia. En la Fase preparatoria establece un plazo y se plantea estrategias para lograrlo.⁽¹⁶⁾

El grado de tabaquismo⁽¹⁷⁾ se calculó a partir del número de paquetes/ año, que es igual al número de cigarrillos consumidos diarios por la cantidad de años fumando/ 20: leve cuando es menos de 5, moderado si es de 5 a 15, grave si es más de 15

Todos los pacientes se incorporaron a una terapia grupal multicomponente para la cesación tabáquica que tenía como metas modificar patrones de comportamiento, desarrollar estrategias y habilidades para lograr la abstinencia y cambiar estilos de vida. Se combinó la psicoterapia individual y de grupo siguiendo el modelo cognitivo conductual y estrategias motivacionales. Se tomaron medidas para atenuar las manifestaciones de abstinencia al suspender el consumo de cigarrillos con la utilización de métodos de medicina natural y tradicional. En casos específicos se valoró adicionar tratamiento con psicofármacos.

El programa multicomponente contó con tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos, mantenimiento de la abstinencia

Se les propuso a los pacientes la utilización del método de supresión brusca, que consiste en suspender total y bruscamente el consumo de tabaco previo pacto de una fecha para la cesación.

Segunda etapa

Los pacientes se fueron citando de forma escalonada, tras llevar un año de tratamiento. Se les aplicó un nuevo cuestionario validado por expertos para evaluar los resultados. El diseño fue elaborado en formato sencillo y fácil de responder, de acuerdo al nivel educativo de los participantes.

Los pacientes se clasificaron en abstinentes y no abstinentes, según declaraban haber dejado de fumar o no.

En ambos grupos se exploró la adherencia al tratamiento, la convivencia con fumadores, satisfacción con la terapia y los beneficios de la cesación. Los pacientes que lograron algún tiempo de abstinencia fueron los primeros en percibir los beneficios.

Se calculó la cantidad de dinero ahorrado en los pacientes que lograron el éxito. Los resultados fueron agrupados por la cantidad de cigarrillos fumados en un día, se dividieron en dos grupos según el tipo de moneda: moneda nacional (MN) y moneda convertible (CUC), teniendo en cuenta que 1 CUC = 25 MN (Se realizó a partir de la tasa de cambio establecida para personas naturales en el periodo de 2014-2016).

A todos los pacientes (abstinentes y no abstinentes) se les realizó la cooximetría para determinar los niveles de monóxido de carbono y carboxihemoglobina en el aire espirado, para lo que se empleó el cooxímetro Pico Simple, de fabricación inglesa.⁽¹⁸⁾

Esta técnica no fue posible realizarla al inicio de la terapia por no contar con el cooxímetro en ese momento.

Métodos de procesamiento de la información

Todo el material una vez recopilado, se introdujo en una base de datos creada al efecto para su análisis. Los resultados se expresaron en valores absolutos (número de observaciones) y valores relativos (porcentaje).

Para la variable cuantitativa edad de inicio del consumo se utilizó la media como medida de resumen de tendencia central.

RESULTADOS

De los 83 fumadores, el 42,1 % se mantuvo en abstinencia al año del tratamiento y el 21,7 % disminuyó el consumo de cigarrillos diarios. En la tabla 1 se observa, que los resultados fueron más exitosos en los hombres al lograr 45,2 % la abstinencia total. A pesar de que, la mayoría de los que acudieron a recibir ayuda para la cesación eran féminas, al año solo 40,4 % fueron clasificadas como exfumadoras.

Tabla 1 - Distribución de los pacientes según sexo y patrón de comportamiento tabáquico al año

Comportamiento	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Abstinencia	21	40.4	14	45,2	35	42.1
Disminución del consumo	12	23.0	6	19.4	18	21.7
Mantenimiento del consumo	17	32.7	9	29.0	26	31.3
Aumento del consumo	2	3.9	2	6.4	4	4.9
Total	52	100	31	100	83	100

Fuente: resultado de la encuesta

La edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos fue de 16 años. Aunque debe destacarse que en el caso específico de los hombres fue de 14 años.

87,9 % de los pacientes refirió sentir deseos de consumir la droga tras dejar de fumar, siendo más frecuente e intenso en los que recayeron.

Al relacionar la abstinencia al año con diferentes factores como se observa en la tabla 2, de los pacientes que lograron dejar de fumar, solo 17 tenían alto grado de dependencia a la

nicotina y 10 señalaron convivir con fumadores. Dos tenían antecedentes personales de trastornos psiquiátricos y ninguno de alcoholismo. Del total de los abstinentes, 11.4 % se encontraba aún en las fases precontemplativa o contemplativa.

El 85,4 % de las personas que se encontraban en recaída reconocieron no seguir el tratamiento y solo el 18,9 % había realizado algún intento previo de abandono.

Los principales beneficios de la abstinencia referidos por los pacientes fueron: la mejoría de la salud (83,1 %) la economía (57,8 %) y la aceptación social (49,3 %) como se observan en la tabla 3.

Tabla 2 - Frecuencia de respuestas en abstinentes y no abstinentes según factores asociados a los resultados

Factores asociados	Abstinentes n = 35		No abstinentes n = 48	
	No	%	No	%
Más de 25 años fumando	27	77,1	38	79.1
Fuma una caja o más al día	29	82, 2	33	68.7
Grado de tabaquismo severo	31	88,6	44	91.7
Alto grado de dependencia	17	48,6	26	54.2
Intento previo de abandono	13	37,1	9	18.9
Convivencia con fumadores	10	28,5	31	64.5
APP alcoholismo	–	–	6	12.5
APP de trastornos psiquiátricos	2	5.7	8	16.7
Fase pre- contemplativa o contemplativa	4	11.4	12	25.0
No adherencia al tratamiento	16	45.7	41	85.4

Tabla 3 - Frecuencia de respuestas según beneficios al dejar de fumar

Beneficios al dejar de fumar	Frecuencia	Porcentaje
Salud	69	83,1
Economía	48	57,8
Aceptación social	41	49,3
Aumento de la autoestima	25	3,1
Mejor ejemplo para mis hijos	19	22,8
Estética	11	13,2

A través de la cooximetría se determinó que en el aire espirado los niveles de monóxido de carbono y de carboxihemoglobina. El 91,4 % de los abstinentes no tenían intoxicación por

monóxido de carbono, en solo tres personas se comprobó niveles ligeros de este gas tóxico. En contraposición en el grupo que refirió mantener el consumo el 43,7 % tenían severa intoxicación por monóxido y 91,7 % niveles moderados de carboxihemoglobina.

De los 35 pacientes abstinentes, 20 consumían en CUC y 15 en moneda nacional. En un año sin fumar se ahorraron de forma global \$191 625 pesos. (tabla 4)

Tabla 4 - Distribución de los pacientes abstinentes según cantidad de cigarrillos consumidos por día y ahorro económico de bolsillo en un año sin fumar

Cantidad de cigarrillos consumidos por día	Moneda Nacional CUP		Moneda Convertible CUC		Total	
	n	Ahorro / año	n	Ahorro / Año	n	Ahorro/año
10 cigarrillos x día	1	\$ 1 277,50	3	9 581,250	4	10 858,75
20 cigarrillos x día	9	\$ 22 995	12	76 650	21	99 645
30 cigarrillos x día	1	\$ 3 832,5	3	28 743,75	4	32 576,25
40 cigarrillos x día	3	\$ 15 330	2	25 550	5	40 880
60 cigarrillos x día	1	\$ 7 665	-	-	1	7 665
Total	15	\$ 51 100	20	140 525	35	191 625

Los totalidad de los pacientes encuestados refirieron estar satisfechos con el programa. Expresaron que había mucha seriedad en el equipo de trabajo y que la información que se maneja por los especialistas, aunque es muy científica, es asequible a todos los públicos. Las principales sugerencias de los pacientes fueron incrementar la cantidad de sesiones de seguimiento a mediano y largo plazo. También se planteó la necesidad de mayor propaganda del servicio brindado. Fue una preocupación de los pacientes no contar con fármacos que se utilizan a nivel internacional.

DISCUSIÓN

El tabaco, al igual que la mayoría de las drogas, actúa afectando la cantidad de neurotransmisores encefálicos, sobre todo de la dopamina y con localización preferente en la zona del núcleo acumbens del hipotálamo, conocido como el centro cerebral de las gratificaciones, lo que explica su alto poder adictógeno. Otro mecanismo que actúa como trampa para el consumidor es el bloqueo de los impulsos nerviosos en la médula espinal, lo que le confiere la condición de relajante muscular, respuesta totalmente opuesta a su carácter

de excitador y estresante de primer orden, pese a lo cual los fumadores consideran que es una sustancia de acción tranquilizante.⁽¹⁹⁾

Según experiencia de los autores de este estudio y de otros profesionales,⁽¹⁹⁾ un elevado número de adictos a múltiples drogas considera que la dependencia al tabaco es más fuerte que la de otras sustancias psicoactivas.⁽²⁰⁾

El *craving* está vinculado al deseo intenso de consumir drogas y, junto al síndrome de abstinencia, expresión de esclavitud, forma parte en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM -5) del Trastorno por consumo

En el estudio, al igual que en una investigación formada por 342 fumadores que recibieron tratamiento cognitivo-conductual, los abstinentes comparados con los no abstinentes, mostraron un deseo de fumar significativamente menor. El *craving* fue descendiendo al mantenerse sin consumir, mientras que en los participantes que no dejaron de fumar los valores de *craving* permanecieron en los mismos niveles.⁽²¹⁾

El tabaquismo es una enfermedad compleja donde se involucran aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Varios estudiosos en el tema han indagado sobre posibles factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de éxito en la cesación.^(22,23,24) Entre ellos destacan el sexo, tener fumadores en el entorno social, sobre todo si es la pareja, la motivación para el cambio, grado de dependencia física, mayor edad, menor consumo de cigarrillos, comorbilidad psiquiátrica, otras adicciones. A criterio de los autores, en servicios de desestimulación tabáquica hay que tener en cuenta estos factores para encaminar las estrategias psicoterapéuticas según las particularidades de cada fumador. Llama la atención que, en el estudio, los hombres, a pesar de haberse iniciado en el consumo más tempranamente y fumar un número mayor de cigarrillos, lograron mejores tasas de abstinencia.

La prevalencia de tabaquismo en los enfermos mentales es de dos a tres veces mayor que en la población general. Estos presentan dificultades para dejar de fumar lo que se constata en el estudio. Resultados similares se obtuvieron en una investigación en España.⁽²⁵⁾ Sin embargo *Godoy* no halló diferencias en la probabilidad de éxito según el paciente tenga o no trastorno psiquiátrico o de alcoholismo.⁽²³⁾

A pesar de ser conocido los daños que causa esta droga, su afectación permanecerá durante décadas a menos que la prevalencia del tabaquismo se reduzca más rápidamente de lo que sucede actualmente. Se estima que por cada adulto fumador que muere prematuramente hay más de dos jóvenes o adultos jóvenes que lo remplazarán.⁽²⁶⁾

Los autores resaltan la trascendencia de la cesación tabáquica, sobre todo por el incuestionable beneficio de quien abandona la adicción y recupera su libertad. En términos de salud, hay una disminución de la morbimortalidad asociada. Para los pacientes la recuperación de la salud fue el principal beneficio, sobre todo los relacionados con síntomas respiratorios y cardiovasculares. Se pudo constatar por cooximetría la diferencia entre exfumadores y consumidores, utilizándose como estrategia motivacional para la cesación y el mantenimiento de la abstinencia. Las personas que refirieron mantenerse en abstinencia, pero que tenían niveles de monóxido de carbono por encima de seis partes por millón fueron interpretados como falsos positivos. Este hecho se describe en la literatura y se atribuye a un tabaquismo pasivo con alto nivel de exposición, presencia de enfermedad respiratoria con compromiso de la ventilación pulmonar o exposición a altos niveles de contaminación ambiental.⁽²⁷⁾

El monóxido de carbono es uno de los múltiples constituyentes que se producen en la combustión del tabaco. Aunque existen otras fuentes (polución ambiental y exposición laboral) la principal causa de altos niveles en las personas es el consumo tabáquico. Es un gas incoloro, de elevado poder tóxico. Es un generador importante de hipoxemia, disminuye la adecuada oxigenación de la pared vascular y aumenta la permeabilidad de los lípidos para depositarse y formar placas de ateroma. Al combinarse con la hemoglobina, forma la carboxihemoglobina (COHb) impidiendo que los hematíes puedan realizar su función transportadora de oxígeno.^(1,27)

Los impactos positivos de la cesación no solo recaen en la salud de los fumadores, sino que se traducen también en los ingresos. Es impactante para los pacientes cuantificar el ahorro individual y grupal que se genera en un año sin fumar. El gasto monetario de la compra de cigarrillos trae como consecuencia disponer de menor cantidad de dinero para suplir las necesidades básicas del hogar. Con el ahorro diario de dinero de una caja de cigarrillos a 0.70 centavos CUC, después de un año sin fumar, es posible, por ejemplo, obtener 391 bolsas de yogurt en el mercado liberado.⁽¹⁷⁾

Otro beneficio resaltado fue la aceptación social, porque fumar puede afectar relaciones sociales y afectivas al implicar a terceros que se convierten en fumadores pasivos. Genera múltiples situaciones de conflicto, en las que el fumador puede llegar a sentirse marginado. Contrariamente a lo que afirma la publicidad, el cigarrillo provoca mucho más rechazo que aceptación social.

Al detectarse dificultades en el seguimiento a mediano y largo plazo de los pacientes después de haber recibido el tratamiento antitabáquico, se valora incrementar la cantidad de sesiones después del día señalado para dejar de fumar. Estas van encaminadas fundamentalmente a la prevención de las recaídas. El seguimiento, incluso, pudiera ser telefónicamente, según la experiencias de profesionales de la salud como los de enfermería.⁽²⁸⁾

Se sabe que cuando se combina la terapia cognitivo conductual con el tratamiento farmacológico se incrementa la probabilidad de que un fumador deje la adicción exitosamente. Existen fármacos efectivos y seguros como la terapia de reemplazo nicotínico, el bupropión y la vareniclina, pero que no se encuentran disponibles en la red nacional de farmacias.^(6,29, 30)

Se concluye que los resultados del tratamiento grupal multicomponente para la cesación tabáquica son satisfactorios, en la perspectiva de que se trata de pacientes con una adicción muy difícil de controlar.

La experiencia aporta elementos útiles para perfeccionar las acciones en pro de la reducción de la prevalencia de esta enfermedad. Permite a profesionales especializados en el tratamiento de esta adicción y a las autoridades sanitarias disponer de información requerida para estimular estrategias antitabáquicas, en contextos de desestimulación, según el perfil del fumador.

RECOMENDACIONES

Informar a las diferentes instancias de salud y a los directivos del Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo de los resultados obtenidos, con vistas a perfeccionar las acciones para la cesación tabáquica en la atención primaria de salud y utilizarlos como referencia, afín de poder compararlos con otras investigaciones y contextualizarlos según el tipo de población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez M. Espacios sin humo. La Habana: Científico Técnica; 2011.
2. Fernández E, Martínez C, Saltó E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la estrategia MPOWER. En: Jiménez-Ruiz C, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo. 3ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012.p. 483-90.

3. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Ciencias Médicas; 2015.
4. MINSAP. Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo Acceso: 02/10/2017. Disponible en: <http://www.cnpes.sld.cu/tabaco.html>
5. Sit R, Rodríguez LA, Ruiz G. Estudio preliminar de la variabilidad de las necesidades sentidas. Centro Comunitario de Salud Mental.1999-2010 [Internet]. Acceso: 22/03/2016. Disponible en: <http://www.saludplaza.sld.cu/Jornadas/Temas/TL01.pps>
6. Guía de práctica de tratamiento de la adicción al tabaco. Argentina: Ministerio de Salud Pública; 2014.
- 7 Piñeiro B, Fernández del Río E, López-Durán A, Becoña E. ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar? Anal. Psicol. 2014;30(1):123-32.
8. Del Nogal Tomé M. Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas. España: Desclée de Brouwer; 2012.
9. González R. Usted si puede dejar de fumar. La Habana: Científico Técnica; 2008.
10. Rodríguez Pérez LA, Herrero Lugones Y, Zulueta Yate M, Sit Pacheco R. Caracterización sociodemográfica y clínica de fumadores en un contexto clínico de desestimulación tabáquica. RevHosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2014;11Supl. Acceso: 24/01/2018; Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/caracterizacion%20socodemografica%20y%20cliica.html>
11. Rodríguez Pérez LA. Características comportamentales relacionadas con el tabaquismo. Centro Comunitario de Salud Mental. Plaza de la Revolución. 2012- 2013. [tesis]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”; 2013.
12. Raich A, Martínez- Sánchez JM, Marquilles E, Rubio L, Fu M, Fernández E. Abstinencia a los 12 meses de un programa multicomponente para dejar de fumar. Adicciones 2015; 27(1): 37-46.
13. Marrero Sotolongo S, LajusBarrabeitg G, González Collazo O, Ridel Crespo M. Evolución de los pacientes que abandonaron el tabaco durante el primer año de egresados. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2014;11Supl. Acceso: 20/01/2018. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/evolucion%20de%20los%20pacientes.html>

14. Bello S, Chamorro H, Orellana MA, Cisternas L, Salinas M. Experiencia de un programa de cesación del tabaquismo en el Instituto Nacional del Tórax. Rev. Chil. Enferm. Respir. [Internet]. 2015;31(2):94-100. Acceso: 23/03/2017. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071773482015000200004&lng=es
15. Mondéjar MD, Amado Barreda M. Aplicación de la homeopatía a pacientes fumadores de la localidad "Enrique Varona." Rev Cubana Hig Epidemiol. 2010;48(3): 253-63.
16. Gárciga O. Adicciones y violencia. Prevención y tratamiento. La Habana: Ciencias médicas; 2017.
17. Lorenzo E, Castillo E. ¿Quiere usted dejar de fumar? Guía práctica para dejar de fumar. La Habana: Unidad de promoción de salud y prevención de enfermedades; 2015.
18. Bedfont Scientific. Ltd. Pico Simple. TM Smokerlyzer. Operating Manual. England; 2012.
19. González R, Donaire IA. Alcohol y otras drogas. Criterios populares vs. verdades científicas. La Habana: Academia; 2015.
20. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
21. Piñero B, López-Durán A, Fernández del Río E, Martínez U, Brandon T, Becoña E. Craving and nicotine withdrawal in a Spanish smoking cessation simple. Addictions 2014;26(3):230-7.
22. Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. Gac Sanit [Internet]. 2013;27(1):26-31. Acceso: 11/02/2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.011>
23. Godoy Mayoral R, Callejas González FJ, Tornero AI, Molina Cano A, Agustín F, Tárraga López PJ. Factores asociados al éxito de los tratamientos del tabaquismo. JONNPR. 2016;1(4):131-137.
24. Sáez de Lafuente A, Cobos R, Apiñaniz A, Parraza N, Aizpuru F. Exfumadores espontáneos. Factores predictores de éxito para abandonar el hábito tabáquico. Revisión sistemática. Investigación, clínica & terapéutica. 2016;31(4):135-41.
25. Gutiérrez B, Otero L, Del Amo M, Ayesta FJ. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental. Rev. Esp. Salud Pública. 2013;87(6):629-638.
26. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking- 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.

27 Castillo E, Lorenzo E. Etiología, diagnóstico, complicaciones y abordaje del tabaquismo en el Sistema Nacional de Salud. En: Fabelo JR, Iglesias S. Prevención y atención de los trastornos adictivos. La Habana: Ciencias Médicas; 2018.p. 281-304.

28 Ortega-García JA, Perales JE, Cárceles-Álvarez A, Sánchez-Sauco MF, Villalona S, Mondejar-López P, et al. Seguimiento a largo plazo de un programa de prevención y cesación tabáquica en pacientes con fibrosis quística. ADICCIONES. 2016;28(2):99-107.

29 Seijas D. Terapia combinada para el control de la dependencia a nicotina. Rev Chil Enferm Respir 2017;33:216-18.

30 Rose JE, BeHm FM. Combination Treatment with Varenicline and Bupropion in an adaptive Smoking Cessation Paradigm. AmJ Psychiatry 2014;171:1199- 205.

Anexos

Anexo 1 Test. de *Fagerström* modificado

Le rogamos que encierre en un círculo el número de su respuesta en cada una de las preguntas (por favor solo puede seleccionar una respuesta por cada pregunta)

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos.	3
De 6 a 30 minutos.	2
De 31 a 60 minutos.	1
Más de 60 minutos.	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	
Sí.	1
No	0
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	
El primero de la mañana.	1
Cualquier otro.	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
Menos de 10 cigarrillos.	0
Entre 11 y 20 cigarrillos.	1
Entre 21 y 30 cigarrillos.	2
31 o más cigarrillos.	3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí.	1
No	0
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	
Sí.	1
No	0
Total: _____	

Anexo 2 - Determinación de estadios de cambio

I. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas?

1-Ninguna ____

2-Una o más veces ____

II. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días

1-Sí ____

2-No ____

III. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses

1-Sí ____

2-No ____

IV. Actualmente fumo, pero No tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses

1-Sí ____

2-No ____

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Damary Puentes Valle: concepción y diseño de la investigación, adquisición, análisis e interpretación de los datos y redacción del manuscrito. Aprobación final de la versión a publicarse.

Lourdes Alicia Rodríguez Pérez: diseño de la investigación, análisis e interpretación de datos, redacción y revisión crítica del manuscrito.

Dra. Noria Liset Pupo Ávila: diseño de la investigación, análisis e interpretación de datos, redacción y revisión crítica del manuscrito.

Dr. Reinaldo Sit Pacheco: análisis e interpretación de datos, redacción y revisión crítica del manuscrito.