

ORIGINAL

Effectiveness of the treatment applied in the smoking cessation consultation

Eficacia del tratamiento aplicado en la consulta de cesación tabáquica

Luis Alberto Vitón Fleitas¹ ✉, Mildrey Díaz Herrera¹, Osmaiki Martín Junco², Yadira Méndez Borrego², Yenisleidy González Borges²

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Comunitario Fermín Valdés Domínguez, Viñales. Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Comunitario Ernesto Guevara de la Serna, Sandino. Pinar del Río, Cuba.

Citar como: Vitón Fleitas LA, Díaz Herrera M, Martín Junco O, Méndez Borrego Y, González Borges Y. Eficacia del tratamiento aplicado en la consulta de cesación tabáquica. Rehabilitation and Sports Medicine. 2022; 2:16. <https://doi.org/10.56294/ri202216>

Enviado: 22-09-2022

Revisado: 15-10-2022

Aceptado: 16-11-2022

Publicado: 19-11-2022

Editor: Prof. Dr. Carlos Oscar Lepez 

RESUMEN

Introducción: la OMS calcula aproximadamente que un tercio de la población mundial es fumadora, se reconoce el uso de la medicina tradicional en el tratamiento del tabaquismo.

Objetivo: evaluar la eficacia del tratamiento aplicado en la consulta de cesación tabáquica, consultorio médico 9 de Puerto Esperanza, Viñales en el 2018.

Métodos: se realizó una investigación observacional, analítica de cohorte, con 90 fumadores que cumplieron con los criterios de inclusión. Se dividieron en tres grupos de estudio, según muestreo aleatorio simple, aplicándoles técnicas psicológicas, auriculopuntura y homeopatía. Se aplicaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos dados en frecuencia absoluta y relativa. Se utilizaron variables como: edad y sexo, nivel de escolaridad, tipo de fumadores, efectividad del tratamiento, cantidad de cigarrillos que fumaban antes y después del tratamiento, mostrándose los resultados en tablas para su mejor interpretación.

Resultados: hubo un predominio del sexo masculino y los grupos de edades resultaron diferentes en la muestra de los tres grupos de estudio, predominaron los pacientes de nivel de escolaridad técnico medio; abandonaron el tabaquismo 51 pacientes para un 56,6 %, obteniendo mejores resultados la aplicación de la homeopatía con 27 pacientes para un 30 %. Con auriculopuntura dejaron de fumar 19 pacientes para un 21,1 % y con la aplicación de las técnicas psicológicas 5 pacientes para un 5,56 %.

Conclusiones: el tratamiento con la medicina tradicional y natural mostró mejores resultados con la aplicación de la homeopatía y la auriculoterapia.

Palabras clave: Tabaquismo; Consumo; Adicciones; Consulta de Cesación Tabáquica.

ABSTRACT

Introduction: the WHO estimates that approximately one third of the world's population is smokers, the use of traditional medicine in the treatment of smoking is recognized.

Objective: to evaluate the efficacy of the treatment applied in the smoking cessation consultation, medical office 9 of Puerto Esperanza, Viñales in 2018.

Methods: an observational, analytical cohort research was conducted with 90 smokers who met the inclusion criteria. They were divided into three study groups, according to simple random sampling, applying psychological techniques, auriculopuncture and homeopathy. Theoretical, empirical and statistical methods were applied, given in absolute and relative frequency. Variables used were: age and sex, level of schooling, type of smokers, effectiveness of the treatment, number of cigarettes smoked before and after the treatment, showing the results in tables for better interpretation.

Results: there was a predominance of the male sex and the age groups were different in the sample of the

three study groups, with a predominance of patients with medium technical schooling level; 51 patients quit smoking for 56,6 %, obtaining better results with the application of homeopathy with 27 patients for 30 %. With auriculopuncture 19 patients quit smoking for 21,1 % and with the application of psychological techniques 5 patients for 5,56 %.

Conclusions: treatment with traditional and natural medicine showed better results with the application of homeopathy and auriculotherapy.

Keywords: Smoking; Consumption; Addictions; Tobacco Cessation Consultation.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es una planta originaria de América, cuyo nombre científico es *nicotianatabacum* que pertenece a un género de plantas (*nicotiana*), de la familia de las solanáceas, que incluye más de 50 especies. Su existencia se sitúa hace varios miles de años. Aunque su popularización y extensión en Europa tiene que ver con Cristóbal Colón y Rodrigo de Jerez, miembro de su tripulación, su uso se constata en la época de los Mayas, en la que se hacía uso del tabaco mascado con fines principalmente rituales.⁽¹⁾ En la guerra de Crimea (1854-1856), se popularizó su uso de manera exponencial ya que su consumo comenzó a ser en forma de cigarrillo.

Hasta entonces, el consumo de tabaco se limitaba a su uso en pipa o tabaco enrollado o picado. Los cambios sociopolíticos, propios de la II Guerra Mundial, precipitaron la inclusión de la mujer en el consumo habitual de tabaco, algo que hasta entonces se limitaba únicamente a los hombres. Además, de manera paralela, en Estados Unidos de América se inventó la primera máquina de liar cigarrillos, lo que provocó una mayor accesibilidad en su uso. La generalización de su uso invita a la industria del momento a aprovecharse de un mercado cada vez más emergente.⁽²⁾

Hasta los años 60 no surge un intento serio de demostrar los perjuicios que el tabaco genera en la salud. En esa década, aparecen los informes del *Royal College of Psysicians*(1962) y el informe Terry, en los que se vincula directamente al tabaco con la aparición de diferentes problemas de salud, entre ellos el cáncer. No obstante, Doll y Hill (1950) fueron los primeros en publicar un estudio en el que vinculaban directamente el consumo de tabaco con la aparición del cáncer de pulmón. En España, la publicación del libro blanco sobre el tabaquismo refleja la diferencia temporal existente entre los países desarrollados y España en la evolución de la conciencia del tabaquismo como problema de salud. De manera sucesiva, múltiples informes se han publicado demostrándose en todos ellos de manera inequívoca la relación existente entre el consumo de tabaco y los perjuicios para la salud, incluyendo los efectos perniciosos hacia aquellas personas no fumadoras que se ven afectadas por el humo de los cigarrillos, los denominados fumadores pasivos.^(1,2)

Un hecho especialmente importante en la lucha contra el tabaquismo y sus problemas de salud es la aprobación por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo, en el que se establecen las bases para el control del tabaquismo a nivel mundial. Este convenio se completa con la redacción de un informe en el que se plantean las recomendaciones básicas para el control del tabaquismo de acuerdo al plan estratégico MPOWER. Desgraciadamente, este informe constata que únicamente un 5 % de los países adscritos a Naciones Unidas pone en marcha sus recomendaciones y que un 80 % de los países ni siquiera han logrado implantar al completo ninguna de las medidas para el control del tabaquismo.⁽³⁾

En Cuba está vigente el Programa para la prevención y el control del tabaquismo por la que se regula su venta, consumo, suministro y publicidad con el afán de reducir la prevalencia del tabaquismo en la población cubana en un 2 % anual. Además, cabe reseñar la consideración de que más allá de los perjuicios demostrados del tabaco para la salud, se ha asentado la consideración de esta sustancia como droga, debido al alcaloide nicotina que contiene. Su consumo provoca dependencia y la ausencia del mismo, sintomatología propia de un síndrome de abstinencia. Tanto la dependencia de la nicotina como el síndrome de abstinencia de la nicotina provocados por el consumo de tabaco son reconocidas por la *American Psychiatric Association* (APA) y por la OMS como trastornos mentales.⁽⁴⁾

El humo del tabaco contiene más de 4 000 componentes distintos, muchos de ellos con unos demostrados efectos perjudiciales para la salud. Los componentes más estudiados son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono consecuente a la combustión del cigarrillo. La nicotina es un alcaloide contenido en la hoja del tabaco. Es líquido e incoloro, y adquiere un color marrón cuando entra en contacto con el aire. Sus efectos adictivos están ampliamente estudiados y además es potencialmente tóxica. Su absorción es por vía oral, digestiva, dérmica y conjuntival y se elimina por la saliva, la orina, la leche materna, el sudor, en las secreciones mucosas y en el pelo recién lavado. Tiene un gran poder adictivo pues tarda menos de 10 segundos en atravesar la barrera hematoencefálica.⁽²⁾

El alquitrán, de aspecto untoso, color oscuro y fuerte olor, es uno de los principales componentes sólidos del tabaco. Está directamente relacionado con el papel de fumar y la combustión del cigarrillo. Es uno de los

componentes más implicados en la formación de cánceres por alguno de sus compuestos como el benzo(a)pireno. Por otra parte, otro de los componentes principales del tabaco es el monóxido de carbono, directamente relacionado con la combustión. Su absorción es por vía pulmonar, limitando el aporte de oxígeno al organismo derivado de la restricción de la fijación del oxígeno a los hematíes.^(1,2,3)

Son múltiples los estudios que relacionan el consumo, activo o pasivo, del tabaco con el padecimiento de múltiples enfermedades e incluso con la muerte. El tabaquismo sigue siendo la primera causa de enfermedad y muerte prematura evitable en el mundo, responsable de 5 000 000 de muertes anuales. Desgraciadamente, según los modelos propuestos por la OMS esta tendencia es ascendente, prediciéndose un incremento de prácticamente el doble de muertes para el 2030. Además, aunque en los países más desarrollados la tendencia de consumo se estabiliza o incluso desciende (al igual que las tasas de mortalidad), aquellos países más desfavorecidos sufrirán, según los modelos de predicción, un espectacular aumento del consumo del tabaco y de las muertes atribuibles a él.^(5,6) En Cuba, muchas de las muertes por año son atribuibles directamente al consumo de tabaco, se estima que un gran porcentaje de las muertes por cáncer y un porcentaje idéntico de las muertes por enfermedades cardiovasculares se pueden atribuir directamente al consumo del mismo. Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de defunciones en los últimos 35 años. Según las estadísticas del año 2017, la tasa fue de $187,3 \times 10^5$, seguida por los tumores malignos ($181,2 \times 10^5$), las enfermedades cerebrovasculares ($75,4 \times 10^5$) y las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores ($28,2 \times 10^5$), todas asociadas causalmente al tabaquismo.

En nuestro país causó en el año 2017, de las defunciones por cáncer de tráquea-bronquios-pulmón, el 86% (en hombres el 92 % y en mujeres el 75 %); de las defunciones por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el 78 % (en hombres el 83 % y en mujeres el 73 %); de las defunciones por cardiopatía isquémica, el 28 % (38 % en hombres y 17 % en mujeres) y de las defunciones por enfermedad cerebrovascular, el 26 % (el 34 % en hombres y 16 % en las mujeres). Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer fueron las de mayor contribución al total de fallecidos por tabaquismo en este año (42 %).⁽⁶⁾

El más estudiado es el cáncer de pulmón, aunque los datos arrojan que el cáncer de cavidad oral y de laringe son los más prevalentes. Otros tipos de cánceres como el de estómago, de faringe o de cuello de útero también se relacionan con el tabaquismo de manera directa. Si se analiza de manera pormenorizada las enfermedades cardiovasculares relacionadas con el tabaco, se pueden encontrar los aneurismas, las paradas cardíacas, la arterioesclerosis, la enfermedad cardíaca isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio), la hipertensión arterial y la enfermedad cerebrovascular. En lo que se refiere a problemas cardiorrespiratorios, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es el trastorno más frecuente causado por el tabaco, siguiendo muy de cerca al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Además, el tabaco es la causa del 80 % de las muertes de los pacientes con EPOC.

Los efectos perniciosos del tabaquismo no se circunscriben únicamente a los fumadores, son de sobra conocidos los efectos que tiene sobre el fumador pasivo. La exposición al humo ambiental se ha situado, junto con el alcoholismo, como la tercera causa de muerte evitable en el mundo desarrollado. Los datos señalan que un 60 % de los no fumadores están expuestos tanto en casa como en el trabajo al humo de los cigarrillos. Los efectos que esto puede tener para la salud de los no fumadores son sumamente importantes, coincidiendo en la tipología de enfermedades con las patologías que presentan los fumadores activos.^(4,5)

Las mujeres fumadoras tienen además un hándicap añadido, ya que los efectos para la salud derivados del consumo de tabaco se extienden igualmente al feto pudiendo provocar problemas neonatales de baja talla o bajo peso, abortos espontáneos, síndrome de distrés respiratorio o múltiples retrasos en el desarrollo del feto. Además, se han constatado otros problemas añadidos en las mujeres como, por ejemplo, mayor riesgo de infertilidad, retraso en la concepción, adelanto de la menopausia e incremento de osteoporosis y del riesgo de fractura de cadera.

Otras enfermedades comunes en las personas fumadoras, aunque no tan relacionadas con la mortalidad, son, entre otras, los problemas dermatológicos y bucodentales, las alteraciones en el olfato y el gusto, la hipertensión arterial, y la diabetes mellitus tipo I y II. Otra de las dimensiones relevantes de los efectos del tabaco sobre la salud es el impacto económico que genera. El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo calcula un gasto sanitario de 7 000 millones de euros en la sanidad pública para tratar los problemas derivados del consumo de tabaco.⁽⁷⁾

La OMS calcula aproximadamente que un tercio de la población mundial es fumadora, lo que supone que aproximadamente 1 100 millones de personas en el mundo hacen uso y abuso del tabaco. A pesar de que en los países desarrollados el consumo de tabaco está descendiendo, existiendo una importante condena social. En Cuba la prevalencia del hábito de fumar ha sido considerada alta desde que se dispone de información al respecto. Algunos estudios indicativos realizados antes de 1970 informan cifras superiores al 60 % en la población total. A escala nacional se estimó que en el 2001 existían 2 047 714 fumadores de 17 años y más, lo que representó una prevalencia de 31,9 %, con un decrecimiento en la prevalencia general tanto en hombres, (41,4 %) como mujeres (23,0 %).

La iniciación global en el grupo de edad 20 a 24 años fue 22,2 % y la prevalencia en adolescentes que han consumido cigarrillos alguna vez de 25 %. Tomando como base esas cifras, entre 78 países miembros de la OMS, Cuba ocupa el lugar 28. En el año 2010 el consumo per cápita en la población cubana de 15 años y más fue de 1362,5 cigarrillos. Esta cifra equivale a que cada cubano en esas edades fumó aproximadamente 4 cigarrillos diarios.⁽⁸⁾

Uno de los aspectos centrales del consumo del tabaco es la dependencia que genera su uso y abuso. Son múltiples los estudios y organismos que han subrayado la dependencia tabáquica. Muchos de los fumadores que intentan dejar de fumar muestran grandes dificultades y algunos de ellos fracasan en el intento; es por ello que el concepto de dependencia es un aspecto esencial al considerar el tabaquismo como un problema de salud. Aunque la mayoría de los fumadores son dependientes, no todos lo son, ni cumplen criterios diagnósticos según los sistemas de clasificación diagnóstica al uso como, por ejemplo, el DSM-IV TR. A nivel clínico, con el fin de operativizar el diagnóstico de dependencia, se suelen utilizar los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado, o DSM-IV TR, de la APA o de la 10ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la OMS. Ambos sistemas de clasificación se fijan en el concepto dependencia de una droga y, además, incluyen criterios diagnósticos específicos para el síndrome de abstinencia de la nicotina.⁽⁸⁾

La mayoría de personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar y un 60 % lo ha intentado alguna vez. Sin embargo, anualmente, sólo entre un 3 % y un 5 % de quienes fuman, y realizan intentos de cesación, lo consiguen con éxito. Esta baja tasa de éxito puede ser explicada en parte por el hecho de que la mayoría de los intentos de abandono se realizan sin ayuda, lo que popularmente se conoce como el ejercicio espontáneo de la “fuerza de voluntad”.⁽⁹⁾

Desde finales de los años 50, se ha desarrollado a nivel mundial un intenso trabajo de investigación para medir la eficacia de distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar. El tratamiento especializado del tabaquismo combina el tratamiento psicológico y el farmacológico.⁽¹⁰⁾

Dentro de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar, se han utilizado y evaluado diversas técnicas conductuales y cognitivas,⁽¹¹⁾ y entre las más estudiadas se encuentran: terapias aversivas (fumar rápido, saciarse, fumar aversivo regular, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico); la auto-observación; relajación; control de estímulos; reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán; fumar controlado; manejo de contingencias; desensibilización sistemática; terapia de estimulación ambiental restringida; contrato de contingencias; métodos de auto-manejo y autocontrol; programas multicomponentes; y programas de prevención de recaídas.^(9,10,11)

Dentro de las variantes terapéuticas de la Medicina Tradicional y Natural para tratar esta adicción está la homeopatía y la auriculopuntura.

La homeopatía, fue descubierta por el médico alemán Samuel Hahnemann, publicada en 1796; y estudia al individuo de forma integral utilizando sustancias de origen animal, vegetal o mineral que, diluidas en alcohol que es el solvente apropiado en dosis infinitesimales y con previa dinamización, son capaces de curar diferentes patologías en un individuo enfermo y provocar síntomas parecidos a una enfermedad a un individuo sano a dosis más elevadas o sea en su forma natural sin el proceso de dilución ni dinamización, y se conocen como remedios homeopáticos que prestan una información a un nivel que pone en funcionamiento los mecanismos autocurativos del organismo; se absorben por vía sublingual y pasan al cerebro quien envía señales hacia los órganos energéticos o Chacras lo que aumenta los mecanismos defensivos. Está basado en el principio de Hipócrates de que lo semejante debe ser tratado con lo semejante.^(16,17)

Existen actualmente dos principales líneas de pesquisa en la auriculoterapia mundial, la auriculoterapia francesa de Nogier y la china. Aunque otros mapas de auriculoterapia estén siendo desarrollados, hay cierto acuerdo con relación a estos dos mapas y su aplicabilidad en diferentes tipos de condiciones de desequilibrio y de enfermedades. La escuela francesa determina el microsistema auricular como reflexología de una acción neurológica, o sea, acarreada por el sistema parasimpático. Cuando se perfora una determinada área del cartílago auricular, se estimula, desde ese punto, alguna área del cerebro, descargando endorfinas que actuarán en el sistema corporal, accionando la liberación de un neurotransmisor. Ya la línea china de la auriculoterapia es basada en los preceptos MTCh para realizar la elección de puntos. En la oreja se reflejan todos los órganos, tanto sólidos (Zang) como huecos (Fu), de ahí que muchos de los trastornos que se derivan de las energías patógenas que los afectan puedan ser tratados total o parcialmente a nivel de la oreja.^(18,19,20)

Sin embargo dejar de fumar requiere de la necesaria conciencia del riesgo y de un nivel suficiente de motivación, y conocer las distintas estrategias a emplear para lograr la abstinencia, manejar las posibles recaídas, persistir hasta el final y adoptar un estilo de vida sano sin tabaco, por lo anterior expuesto, nos motivamos a realizar la investigación con el objetivo de evaluar la eficacia del tratamiento aplicado en la consulta de cesación tabáquica en pacientes con tabaquismo perteneciente al consultorio médico 9 de Puerto Esperanza, Viñales en el año 2018 para disminuir los daños a la salud ocasionados por este mal hábito

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, analítica de cohorte, con tres grupos de control; según criterios de inclusión y exclusión definidos de acuerdo con los intereses a investigar con pacientes fumadores que serán atendidos y evaluados en la consulta médica, entre el año 2018.

El universo estuvo compuesto por 190 pacientes fumadores; de ellos, constituyeron la muestra del estudio 90 pacientes que querían dejar de fumar, que dieron su consentimiento para participar en la investigación y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un muestreo aleatorizado para asignar y conformar tres grupos (de 30 pacientes cada uno) con el mismo nivel de probabilidad (Grupo I, II y III). En la primera consulta se les informó a los pacientes los efectos nocivos del tabaquismo sobre la salud, se les preguntó la cantidad diaria de cigarrillos que fuman y se les confeccionó una historia clínica. Además de firmar la carta de consentimiento informado, se les indicaron las técnicas, psicológicas, auriculopuntura u homeopatía en dependencia al grupo al que pertenecieron.

Criterios de la inclusión:

- Pacientes que manifiestan intenciones serias de dejar de fumar.
- Voluntariedad de participar en el estudio.
- Edad igual o mayor de 19 años.
- Consumo de cigarrillo igual o superior a 10 unidades diarias por más de 1 año.

Criterios de exclusión:

- Condiciones patológicas de oreja (ejemplo: otitis externa, pericondritis).
- Historia de alergia al esparadrappo.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Otros tratamientos para el tabaquismo en los últimos doce meses.
- Pacientes que se niegan a ser incluidos en el estudio.
- Otras adicciones concomitantes en el momento de la investigación: alcoholismo, psicofármacos, etc.
- Retraso mental.

Criterios de salida:

- Abandono del tratamiento por cualquier razón.

Se realizaron entrevistas iniciales donde cada paciente fue informado sobre el objetivo del estudio y los que aceptaron participar, llenaron el modelo de consentimiento informado (anexo 1). Con los datos aportados por los pacientes, se confeccionaron las historias clínicas (anexo 2). Durante dichas entrevistas, se les explicó lo siguiente:

Grupo I: pacientes que se les aplicaron técnicas psicológicas combinadas por encuentros (10 encuentros) 1 vez por semana donde se realizó entrenamientos en relajación: se entrenaron a los pacientes utilizando la relajación progresiva de Jacobson en cuatro etapas. ^(1,4,21)

Durante la primera sesión, se entrenó el conjunto de músculos mano-brazo, en la segunda sesión el conjunto cara-cuello-hombros, en la tercera sesión el conjunto pecho-abdomen-espaldas y durante la cuarta sesión el conjunto de músculos muslo-pierna-pie. Se aplicaron técnicas de auto-control y autorregistro. Esta técnica fue utilizada con el objetivo de lograr el control consciente por parte de los pacientes del número de cigarrillos consumidos diariamente, los horarios de dicho consumo, lugar, situación, todo lo cual fue registrado por cada individuo y posteriormente este registro se controló y discutió en las sesiones grupales.

Al finalizar la experiencia se esperaba que los participantes modificaran por completo su hábito de fumar, abandonando por completo o bien disminuyendo el número de cigarrillos consumidos al día.

Grupo II: pacientes que se les aplicó 10 sesiones de tratamiento (10 semanas), 1 vez por semana de auriculoterapia utilizando semillas de Cardo Santo y esparadrappo adhesivo en los puntos. ^(6,7,19)

Shen Men: localizado en el 1/3 lateral de la fosa triangular. En el punto donde se bifurcan las raíces superior e inferior del antihélix.

Pulmón: localizado en el punto corazón 1 en forma de U.

Ansiolítico: se encuentra en el VI cuadrante. En el ángulo inferior medial próximo al borde fijo del lóbulo.

Hígado: localizado en la región central de la tuberosidad del hélix.

Una vez localizados los puntos se realizó presión en los mismos con un objeto puntiagudo que causara una depresión en la piel y en ese lugar se colocó la semilla y el esparadrappo encima.

Grupo III: pacientes que se les aplicó el remedio homeopático nicotinum a la 30 CH. ^{(1,9, 16, 17).}

Dosis: 5 gotas sublingual cada vez que el paciente sintiera deseos de fumar cada 5 minutos hasta 10 dosis.

Se les orientó no fumar durante el tratamiento.

A cada paciente se le orientó como precaución que no debe tener sabor a otra sustancia en la boca y si se ingirieran alimentos o se cepillaran los dientes, aplicar el remedio 20 minutos antes o 20 minutos después. Para la administración se le indicó dar 10 golpes al frasco en la palma de la mano antes de su uso, no guardar el remedio homeopático cerca de equipos eléctricos, la luz, vibraciones o lugares u olores fuertes.

Esta terapia se evaluó semanalmente. Los pacientes fueron reevaluados a los 15 días, tres y seis meses respectivamente y al año después de iniciado el tratamiento.

La información se procesó mediante SPSS 21.0. El método estadístico utilizado para dar salida a los objetivos de valorar el efecto de las técnicas utilizadas y para evaluar la cantidad de cigarrillos consumidos antes y después del tratamiento impuesto a los pacientes estuvo dado por la frecuencia absoluta y relativa.

En esta investigación se siguieron los principios éticos fundamentales como: el respeto por las personas, el de beneficencia y no maleficencia, el principio de justicia. Durante el desarrollo de este trabajo se mantuvo una conducta ética, encaminada utilizar la información obtenida solo con fines investigativos.

RESULTADOS

El grupo de edad por sexo se presenta de manera separada en cada grupo de estudio, hubo un predominio del grupo de edad entre 55 a 59 años con un 23,3 % y del 80 % del sexo masculino en el grupo I. El 83,4 % de la muestra del grupo II pertenecían al grupo de edad entre 45 a 49 años, con un 26,6 % del sexo masculino. El grupo III tuvo una representación del 23,3 % de las edades comprendidas entre 20 a 24 años y un 76,6 % del sexo masculino.

Tabla 1. Distribución según Grupos y nivel escolar de los fumadores del consultorio médico No. 9, Puerto esperanza 2018

Nivel de Escolaridad	Grupo I		Grupo		Grupo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Secundaria (9 ^{no} grado)	7	7,78	6	6,67	9	10	22	24,5
Técnico Medio	18	20	20	22,2	17	18,8	55	61,1
Preuniversitario	5	5,55	4	4,44	4	4,44	13	14,4
Total	30	33,3	30	33,3	30	33,3	90	100

Al observar la distribución de los pacientes estudiados según escolaridad (tabla 1), se evidenció que existe un predominio del nivel de escolaridad técnico medio con 55 pacientes para un 61,1 %, 22 pacientes pertenecen al nivel de escolaridad de secundaria terminada que constituye un 24,5 % y 13 pacientes son preuniversitarios para un 14,4 %.

Tabla 2. Grupo de fumadores según la cantidad de cigarrillos que consumen

Cantidad de cigarrillos que consumen	Grupo I		Grupo		Grupo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ligero.	9	10	7	7,78	6	6,66	22	24,4
Moderado.	8	8,89	8	8,89	10	11,1	26	28,9
Severo.	13	14,4	15	16,7	14	15,6	42	46,7
Total.	30	33,3	30	33,3	30	33,3	90	100

En la tabla 2, se evidencia que los tipos de fumadores severos son el componente que más prevalece con un total de 42 pacientes para un 46,7 %, seguida del moderado con 26 pacientes para un 28,9 % y por último los consumidores ligeros con 22 pacientes para un 24,4 %; mostrando relación con los estudios realizados con anterioridad.

La tabla 3 evidencia que relacionado a la baja escolaridad hay un mayor grupo de fumadores. En total tenemos 22 en secundaria básica, fumadores severos 10, 55 técnicos medios, 29 fumadores severos

En un estudio realizado en Tunja Colombia en un grupo de 440 pacientes con edades comprendidas entre 15 y 44 años evidenció que la mayor prevalencia de tabaquismo se encontraba en los pacientes que tenían un nivel de escolaridad bajo correspondiente a nivel primario y secundario, que coincide con lo mostrado en nuestro trabajo.⁽²³⁾

Tabla 3. Escolaridad según tipo de fumadores por grupos de estudio.

Escolaridad/ Fumadores.	Tipo de	Grupo I			Grupo II			Grupo III			Total
		Lig.	Mod	Sev	Lig.	Mod	Sev	Lig.	Mod	Sev	
Secundaria (9 ^{no} grado).		1	3	3	2	1	3	3	2	4	22
Técnico Medio.		6	3	9	3	6	11	2	6	9	55
Preuniversitario.		2	2	1	2	1	1	1	2	1	13
Total		9	8	13	7	8	15	6	10	14	90

Lig: ligero; Mod: moderado; Sev: severo

Tabla 4. Efectividad del tratamiento por grupos de estudio

Efectividad del Tratamiento	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si.	5	5,56	19	21,1	27	30	51	56,7
No.	25	27,8	11	12,2	3	3,33	39	43,3
Total.	30	33,3	30	33,3	30	33,3	90	100

Como se observa en la tabla 4, el tratamiento mostró mejores resultados en el tercer grupo, siendo efectivo el tratamiento en un total de 27 pacientes lo que constituye un 30 %, en el segundo grupo fue efectivo en 19 pacientes para un 21,1 % y en el primer grupo con 5 pacientes para un 5,56 %, en total el tratamiento fue efectivo en 51 pacientes lo que representa un 56,7 % del total de la muestra.

Tabla 5. Cantidad de cigarrillos que fuma después del tratamiento por grupos de estudio

Cantidad de Cigarrillos que Fuma Después del Tratamiento.	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nulo.	5	5,56	19	21,1	27	30	51	56,6
Ligero.	7	7,78	2	2,22	2	2,22	11	12,2
Moderado.	10	11,1	4	4,44	1	1,11	15	16,7
Severo.	8	8,89	5	5,56	0	0	13	14,5
Total.	30	33,3	30	33,3	30	33,3	90	100

En la tabla 5 se muestra que un total de 90 pacientes fumadores 51 pacientes abandonaron el tabaquismo, obteniendo mejores resultados el grupo de tratamiento número tres con un total de 27 pacientes para un 30 %, el grupo número dos con 19 pacientes para un 21,1% y el grupo número uno con menor resultado con 5 para un 5,56 % de efectividad, aunque no se logró una disminución en un 100 % del tabaquismo se mostraron resultados positivos en la eliminación o disminución del consumo de cigarrillos comparativamente antes de recibir el tratamiento médico disminuyendo el consumo severo de un 46,7 % a un 14,5 %.

DISCUSIÓN

De manera general en la muestra objeto de estudio en los tres grupos de estudios hubo un predominio del sexo masculino, no así el grupo de edades que resultó diferente en los tres grupos de estudio.

Relacionado con el sexo es conocido que los hombres inician más tempranamente el hábito de fumar, según la cultura del cubano se caracteriza por ser fumador ya sea de cigarrillos o tabaco, favorecido por la posibilidad de poder cosechar el tabaco en tierras pinareñas.

A la mayoría de los adultos mayores se les aplicó técnicas psicológicas combinadas, las cuales tuvieron aceptación, pero no se obtuvo los mejores resultados, lo cual coincide con autores que plantean el uso de estas técnicas acompañados con otros tratamientos tradicionales.^(1,4,8,9,22)

Los adultos que recibieron tratamiento con auriculoterapia (grupo II), fueron disciplinados, alcanzando mejores resultados en el abandono de ese mal hábito, en literatura revisada coincide que el uso de este tratamiento ha traído resultados favorables para dejar el tabaquismo.^(6,7,21)

La homeopatía fue el tratamiento utilizado en los pacientes del grupo III, por lo general resultaron ser los más jóvenes, hubo una respuesta favorable al dejar de fumar, resultados similares se registran en artículos

revisados.^(15,17,18)

La distribución de los pacientes estudiados según escolaridad se corresponde con las características de la población rural ya que la mayor fuente de empleo es la agricultura.

En un estudio realizado en pacientes brasileños arrojó que la mayor prevalencia de consumo de cigarro era de manera ligera, que aunque no coincida con lo mostrado en nuestro estudio se muestran elevadas cifras de tabaquismo al igual que en Cuba.⁽²²⁾

En el año 2017 el consumo per cápita en la población cubana de 15 años y más fue de 1362,5 cigarrillos. Esta cifra equivale a que cada cubano en esas edades fumó aproximadamente 4 cigarrillos diarios.

De acuerdo con informes de la OMS se estima que el tabaquismo es causante de unos 5 millones de muertes anuales y se prevé que esta cifra aumente a más de 10 millones para el 2030. Es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores.

En un estudio realizado en España para el tratamiento del tabaquismo en la aprobación de la ley 28/2005 habla que en las diferentes técnicas y abordajes del tabaquismo las líneas más efectivas son el tratamiento medicamentoso con vareniclina y bupropión, seguido del tratamiento psicológico, refiere además que los tratamientos alternativos utilizados como la medicina tradicional y natural son menos efectivos que los tratamientos con placebo administrado a varios pacientes, que no coincide con los resultados obtenidos con nuestro trabajo,⁽²⁴⁾ siendo más efectivo el uso de la Medicina tradicional y natural específicamente el uso de la homeopatía.

En un estudio realizado en Australia a personas adultas arrojó que el modelo mejor ajustado fueron las leyes antitabaco más estrictas, el aumento del precio del tabaco y una mayor exposición a las campañas en los medios de comunicación lo que favoreció en un 76 % la disminución de la prevalencia del tabaquismo entre febrero de 2002 y junio de 2011.^(25,26)

CONCLUSIONES

Se concluye que el tabaquismo constituye un problema de salud, relacionado fundamentalmente con el nivel de escolaridad bajo. El tratamiento con la medicina tradicional y natural mostró mejores resultados con la aplicación de la homeopatía y la auriculoterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Arias IG. Eficacia de la terapia cognitivo conductual, los parches de nicotina y su combinación para dejar de fumar. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Tesis Doctoral. 2012. <http://eprints.ucm.es/14998/1/T33677.pdf>
2. Dejar de fumar. La guía más efectiva para dejar el tabaco. 2019. <https://sedet.es/>
3. Veiga, S., Martín, F., & Corral, L. P. Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. *Trastornos adictivos*. 2014;6(2):95-102. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(04\)70150-6](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(04)70150-6)
4. Encalada Pardo AA, Solorzano RE, Garnica J, Condo A. Evaluación de la ansiedad en adultos drogodependientes institucionalizados en centros de rehabilitación. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2022;3:226. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023226>
5. Cano-Bedoya Sara María, López-Ríos Jennifer Marcela, Scarinci Isabel C., Garcés-Palacio Isabel C.. Consumo de productos de tabaco y factores asociados en mujeres en Antioquia, Colombia. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*. 2022;54:e323. <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22029> .
6. Villalbí Joan R, Suelves Josep M, Martínez Cristina, Valverde Araceli, Cabezas Carmen, Fernández Esteve. Smoking control in Spain: current situation and priorities. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2019;93:e201907044.
7. Álvarez Mavárez JD, Mirambeaux Villalona RM, Raboso Moreno B, Segrelles Calvo G, Cabrera César E, de Higes-Martínez EB. Preguntas y respuestas en tabaquismo. *Open Respiratory Archives* 2023;5:100230. <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2022.100230> .
8. Astrid Becerra N, Helena Alba L, Sebastian Castillo J, Murillo R, Canas A y Garcia-Herreros P. Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. *Gaceta Médica de México*. 2014;148:457-66.
9. Zurbarán HAM, Rodríguez RT, Zurbarán HA, et al. Variables psicológicas, biológicas y sociales que intervienen en el consumo de tabaco en los adolescentes. *Finlay*. 2020;10(4):399-412.

10. Traviesas Herrera EM, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. *Rev Cubana Estomatol.* 2014;48(3).
11. Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Archivos de Bronconeumología* 2020;56:559-63. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.11.021>.
12. Camarelles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García-Aranda V, VillalbíHereter JR, Planchuelo Santos MA, Sánchez Monfort J, López de Santiago A. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev. Esp. Salud.* 2015;83(2).
13. Bello S. Tratamiento del Tabaquismo. *Rev Chil Cardiol.* 2013; 30(3):230-239. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602011000300007>
14. Wang J-H, van Haselen R, Wang M, Yang G-L, Zhang Z, Friedrich ME, et al. Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials. *Tob Induc Dis* 2019;17:48. <https://doi.org/10.18332/tid/109195>.
15. Garnica J, Solórzano R, Encadala A, Guamán L. Análisis de la calidad de vida en adultos drogodependientes. *Salud, Ciencia y Tecnología.* 2023;3:242. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023242>
16. Leung PC, Zhang L, Eliza Wong LY, Ellie Pang SY. Acupuncture for Addictions. *Forsch Komplementmed.* 2014;20. <http://dx.doi.org/10.5772/54788>.
17. Heneka N. Flower essences Bach Flowers/Australian Bush Flower Essences: Bach Flowers. *Introduction to Complementary Medicine*, Routledge; 2003.
18. Mondéjar Barrios MD, Amado Barreda M. Aplicación de homeopatía a fumadores de la localidad "Enrique Varona". *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2010;48(3).
19. Miyuki do Prado J, Sato Kurebayashi LF, Paes da Silva MJ. Eficacia de la auriculoterapia para la disminución del estrés en estudiantes de enfermería: ensayo clínico aleatorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 20(4).
20. Zhang AL, Di YM, Worsnop C, May BH, Xue CCL. Ear Acupressure for Smoking Cessation: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *Forsch Komplementmed.* 2013; 20.
21. Lee EJ. Effects of auriculotherapy on addiction: a systematic review. *Journal of Addictive Diseases* 2022;40:415-27. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.2016011>.
22. Feinstein RE. Descriptions and Reflections on the Cognitive Apprenticeship Model of Psychotherapy Training & Supervision. *J Contemp Psychother* 2021;51:155-64. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09480-6>.
23. Gabriella L. Arrais-Ribeiro, Marayza A. Clementino, Monalisa da N. Cesarino- Gomes, Ramon T. Firmino, Maria B. Lins Dantas-Siqueira y Ana F. Granville-García. Smoking, behavioral factors and familial environment: a population based study with Brazilian adolescents. *Rev. Salud pública.* 2014;15 (3): 342-353.
24. Pedraza-López JS, Calderón-Sierra LI, Cárdenas-Cárdenas LM, Agudelo-Cely NA. Smoking in the population from 15 to 44 years of age from the city of Tunja, Colombia. *Rev. Invest Educ Enferm.* 2012; 30(2): 245-252.
25. Álvarez-Gutiérrez FJ, Blanco-Aparicio M, Miñana JS-C, Pastor-Esplá E, García-Rivero JL, Soto-Campos JG, et al. Documento de consenso sobre asma y tabaquismo del Foro Autonómico de Asma de la SEPAR. *Adicciones* 2021;35:67-84. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1583>.
26. Urban M; Chris Burghuber O, Canan Dereci, Aydogan M, EldinSelimovic, SelmirCatic, and Georg-Christian Funk. Tobacco addiction and smoking cessation in Austrian migrants: a cross-sectional study. *Rev BMJ Open.* 2015; 5(6).

FINANCIACIÓN

Sin financiación externa.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Luis Alberto Vitón Fleitas, Mildrey Díaz Herrera, Osmaiki Martin Junco, Yadira Méndez Borrego, Yenisleidy González Borges.

Investigación: Luis Alberto Vitón Fleitas, Mildrey Díaz Herrera, Osmaiki Martin Junco, Yadira Méndez Borrego, Yenisleidy González Borges.

Metodología: Luis Alberto Vitón Fleitas, Mildrey Díaz Herrera, Osmaiki Martin Junco, Yadira Méndez Borrego, Yenisleidy González Borges.

Redacción-borrador original: Luis Alberto Vitón Fleitas, Mildrey Díaz Herrera, Osmaiki Martin Junco, Yadira Méndez Borrego, Yenisleidy González Borges.

Redacción- revisión y edición: Luis Alberto Vitón Fleitas, Mildrey Díaz Herrera, Osmaiki Martin Junco, Yadira Méndez Borrego, Yenisleidy González Borges.