

## Asistencia al tabaquismo desde las comunidades terapéuticas

### Assistance to Smoking from Therapeutic Communities

**Mayra Góngora Herce<sup>1</sup>, Yurisan E. Rosales Casavielles<sup>1</sup>, Evelyn J. de la Rosa Rosales<sup>2</sup>**

1. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Asistente. Comunidad Terapéutica Internacional Villa Cocal – Quinqué. Holguín. Cuba.
2. Residente de Segundo año Medicina General Integral. Policlínica Máximo Gómez Báez. Holguín. Cuba.

---

Existen evidencias científicas actualizadas que afirman que el consumo del tabaco es la principal causa prevenible de defunción en todo el mundo y sin embargo mueren la mitad de sus consumidores. Se habla además de epidemia, de números que crecen en fumadores activos, pasivos y engrosan anualmente la lista de seis millones de personas que mueren por causas atribuibles al tabaquismo y de las cuales de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 600 000 pierden la vida por respirar humo ajeno<sup>1</sup>.

En Cuba, más de 13 mil personas mueren cada año por enfermedades asociadas al tabaquismo y los niños son los más expuestos al humo. Nuestro país tiene una fortaleza en la vigilancia epidemiológica por el aporte de tres estudios desde 1985 hasta 2010, los cuales arrojan un decrecimiento en la presencia de fumadores, pero en los últimos seis años es otra la situación, notándose un incremento en la iniciación en edades más jóvenes, por lo cual se deben crear estrategias para lograr un control adecuado en el cumplimiento de las regulaciones y promover políticas eficaces para reducir el número de personas fumadoras<sup>1</sup>.

Por lo que podemos decir que es un desafío para la salud que debe "lidiar" esta vez con un vector tan agresivo como es la propia sociedad, diseñada para incentivar cada vez con mayor fuerza los patrones de consumo. La denominación de "*asesino con cara de ángel*" que se da al tabaco, se

justifica porque pese a los mantenidos programas mundiales por promover la salud y prevenir las enfermedades, la invalidez y la muerte precoz, que a él se vinculan, una parte no despreciable de la población subvalora el riesgo implícito en el fumar, aún en casos de consumos considerados como mínimos.

Más de 50 enfermedades están asociadas al tabaquismo, entre ellas el cáncer de pulmón, laringe, boca, faringe, mama, riñón y vejiga, así como, también cuadros respiratorios, cardiovasculares, catarata, psoriasis y los hijos de madres fumadoras son más propensos a episodios de cuadros respiratorios y es la enfermedad no genética que más reduce la esperanza de vida<sup>2</sup>.

Además la carga económica que ocasiona esta adicción impone también a la sociedad gastos relacionados con la atención médica de las enfermedades que produce y sus complicaciones. El tabaquismo es un problema para la salud pública y se traduce en impactos negativos que no solo recaen en la salud de los fumadores, sino también en costos diversos para los ingresos individuales y familiares<sup>3</sup>.

Las comunidades terapéuticas dedicadas al tratamiento de las adicciones tienen como objetivo aplicar los principios sociales psicoterapéuticos y administrativos, orientados a lograr la estructuración de un micro medio, donde se aprovechen al máximo las potencialidades terapéuticas y rehabilitadoras de los recursos materiales y humanos disponibles, garantizar las relaciones de ayuda en los niveles técnicos y no técnicos necesarios para facilitar la progresión del proceso terapéutico y la incorporación de nuevos modelos de interacción al modificar en forma sustancial el *status* y roles del enfermo.

Sin embargo, en nuestras comunidades terapéuticas dedicadas a las adicciones los equipos de salud mental no incluyen este programa dentro de las alternativas de tratamiento debido a que el tabaco a pesar de ser una droga legal no modifica la conducta humana. Tenemos experiencias que en otras comunidades del mundo si suprimen el uso del tabaco durante el tratamiento, pero es un detonante para justificar el egreso del paciente para no realizar el tratamiento de rehabilitación, donde ellos expresan que el síndrome de abstinencia de drogas ilegales y tabaco es muy fuerte, el paciente experimenta una crisis de curación con mucha angustia entorpeciendo su período de adaptación al régimen de comunidad.

En nuestra practica se tratan pacientes que logran la abstinencia de drogas duras y tabaco, a pesar de ser una muestra pequeña en relación con la cantidad de pacientes que ingresan en estas comunidades; los resultados de su proceso de reinserción son más favorables que en el resto de los pacientes por lo que se deben proyectar, crear estrategias y acciones que ayuden a los adictos

a suprimir el uso de este tóxico según las necesidades específicas de cada enfermo. La psicoterapia debe imbricar las técnicas individuales con las colectivas, pese a enfatizar las segundas y que deben programarse grupos con técnicas didácticas y otros basados en el intercambio de experiencias e interacciones terapéuticas colectivas y facilitadoras de nuevos vínculos interpersonales.

Una modalidad de notable utilidad es el cine debate terapéutico con temáticas relacionadas con estos temas, la terapia ocupacional, las gestiones familiares y laborales desarrolladas en el nivel intra o extra institucional y finalmente las organizaciones de apoyo integradas por pacientes rehabilitados o sus familiares.

También se recomienda el uso de la medicina natural y tradicional (auriculoterapia, terapia floral, ejercicios respiratorios y relajación) reconocida por ser un tratamiento muy útil, sencillo, económico y que puede ser utilizado de forma eficaz, fácil, segura sin efectos secundarios, ni desagradables y tóxicos para mejorar la abstinencia, concretar sus decisiones y lograr el autocontrol.

Los grupos de seguimiento de carácter abierto orientados a reforzar la cohesión del colectivo, gratificar las experiencias positivas derivadas de la abstinencia y desarrollar el nuevo estilo de vida es otra de las herramientas a utilizar. Por lo que debe de constituir un reto para los terapeutas pues la situación que se muestra actualmente impone que se asuma con total responsabilidad para lograr el objetivo del proceso de tratamiento de forma integral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Sal Púb. 2011 [citado 16 dic 2016]; 37(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100010&lng=es)
2. 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. Rev Hosp Psiquia Habana. 2014 [citado 15 mar 2017]; 11(supl 1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/caracterizacion%20socodemografica%20y%20cliica.html>
3. Plá García A, Elizalde Gálvez MG, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño JC, Nieves Sardiñas BN. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev Med Electrón. 2016 [citado 16 dic 2016]; 38 (3): 460-

469. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000300017&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300017&lng=es)

Recibido: 16 de diciembre de 2016

Aprobado: 24 de enero de 2017

Dra. *Mayra Góngora Herce*. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Comunidad Terapéutica Internacional Villa Cocal – Quinqué.

Correo electrónico: [herce@infomed.sld.cu](mailto:herce@infomed.sld.cu)