

**PROTOCOLO PARA SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN PROGRAMA
ANTITABAQUISMO DESDE LA TELEMEDICINA**

Proyecto elaborado por:

Ana María Valencia Moreno
Soraya Vergara Cortés

UNIVERSIDAD CES
MAESTRÍA DROGODEPENDENCIAS
2022

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2. JUSTIFICACIÓN

3. OBJETIVOS

4. METODOLOGÍA

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Tabaquismo

5.1.1. Definición y conceptos

5.1.2. Epidemiología y morbimortalidad

5.1.3. Factores de riesgo y factores protectores para el abandono del consumo

5.1.4. Métodos usados para abandono del consumo

5.1.5. Escalas de evaluación psicométrica

5.2. Herramientas virtuales

5.2.1. Definición

5.2.2. Telemedicina y teleconsulta en programas antitabaquismo

5.2.2.1. Ventajas y desventajas

6. RESULTADOS

6.1. Etapas de protocolo de la ruta de atención para pacientes en programa antitabaquismo

6.2. Anexo 1: Flujograma

7. DISCUSIÓN

8. CONCLUSIONES

9. BIBLIOGRAFÍA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco es un problema de salud pública que afecta a muchas personas en el mundo. A este se añaden dificultades socioeconómicas por las diferentes enfermedades asociadas a la problemática. El cigarrillo acaba con la vida de aproximadamente ocho millones de personas anualmente **(1)**. La mitad de fumadores van a morir por alguna enfermedad atribuible al tabaco, y el 50% morirá durante su vida activa, perdiendo entre 20 y 25 años de vida. Entre el 50% y el 75% de los fumadores que han seguido un programa de tratamiento recaen al año de abstinencia; normalmente se producen en los tres primeros meses posteriores al abandono; de ahí que, muchos pacientes van a requerir varios intentos antes de alcanzar la abstinencia total **(2)**. Si el paciente lleva dos años continuos de cesación tabáquica, se establece que un 80% se mantendrá en abstinencia a largo plazo **(3)**. Por esto, es importante mejorar la adherencia del tratamiento entre los seis y los doce meses, para garantizar abstinencias adecuadas a largo plazo **(4)**.

Enfrentar el tabaquismo en América Latina implica atacar un problema que consume 10% de los recursos sanitarios y genera una importante carga de enfermedad **(5)**. En Colombia, se presentan aproximadamente 20 mil muertes al año por causa del tabaquismo **(6)**. De acuerdo con las tasas de consumo, el que tiene mayor prevalencia y como valor extremo y único es Medellín y su área metropolitana, con una prevalencia del 19.5%; Bogotá y Cundinamarca se ubican debajo, pero con prevalencias del 17% y 16%, respectivamente **(7)**. Puesto que Medellín tiene una tasa de tabaquismo mayor a escala nacional, es urgente implementar medidas que ayuden a reducir el consumo de tabaco y adherencia en la abstinencia para lograr un impacto en la salud pública.

A través de los años los estudios muestran que la población trata de abandonar el hábito del tabaco con éxito, sin éxito, con recaídas, con abandonos de programas de forma intermitente o con rehabilitaciones a repetición. Dentro de algunas causas motivacionales para abandonar el tabaco, se encuentra que el 90.2% dejó de fumar por asuntos de salud, seguidos del 52.8% que alegaba el gasto económico y el

52.4%, cuya motivación era dar buen ejemplo a sus hijos o familiares **(2)**. Algunos predictores de recaídas o de abandono del programa antitabaquismo son modificables, y por eso son puntos estratégicos de intervención en los que se puede impactar de forma positiva en los programas, como la baja autoestima, pensamientos negativos, aumento de craving, síntomas de abstinencia, entre otros. De acuerdo con esto, y teniendo en cuenta la alta tasa de tabaquismo que tiene Medellín, la pregunta que guía este proyecto es: *¿Cómo diseñar un protocolo con la ruta de atención de pacientes en programa antitabaquismo de la clínica CES (Medellín, Colombia), incorporando la teleconsulta como componente innovador a la presencialidad?*

2. JUSTIFICACIÓN

La cesación tabáquica es un reto difícil de lograr tanto para las personas como para los servicios sanitarios; de allí radica la importancia desde la invención y modificación constante de programas antitabaquismo, con enfoque en el fortalecimiento para mejoras en su alcance y efectividad en la población. En este proyecto, la estrategia de innovación es la telemedicina (específicamente la teleconsulta), la cual contribuye a una mayor equidad en el acceso a la salud, con un manejo y seguimiento más oportuno a los pacientes como complemento a los procesos asistenciales del programa antitabaquismo (impactando más allá de lo tecnológico y abordando lo biopsicosocial) **(8)(9)**. En cierto modo, la inclusión de la telemedicina (teleconsulta) no debe alejar el manejo de la práctica tradicional, es decir, la presencialidad; teniendo en cuenta que no todas las personas tienen acercamiento a las nuevas tecnologías, y para algunos pacientes que se encuentran en manejo y seguimiento antitabaquismo no es una herramienta válida o útil; por lo que se considera un tema de vital importancia para seguir investigando y proponiendo desde la tecnología en la salud **(10) (11)**.

La importancia de un proyecto como el que aquí se presenta, está en su iniciativa de innovar y enriquecer los programas de antitabaquismo, sobre la base de la

teleconsulta como herramienta que fortalece la virtualidad para mejorar el alcance de los mismos. La teleconsulta se suma a la revolución tecnológica que viene con los dispositivos móviles (smartphones y tablets), y que conforma lo que se conoce como *mHealth (mobile health)*, que es la práctica médica que usa dispositivos para poder ejercer la medicina de forma remota y virtual **(12)**. No obstante, son muchos los factores que influyen en el desarrollo de una aplicación virtual para acomodarla a las necesidades de la población en tratamiento, y hacer que sea adecuada y pertinente a la hora de vincularla con el área de la salud. Las comunicaciones por video a través de teléfonos inteligentes y de Internet se han considerado herramientas útiles para mejorar la accesibilidad a los programas para dejar de fumar, lo que ayuda a tener resultados favorables en los pacientes con dependencia a la nicotina **(13)**.

El propósito de este proyecto es diseñar un protocolo mixto, que desde la teleconsulta disminuya los desplazamientos al centro asistencial de los pacientes que están en seguimiento antitabaquismo, pero que al mismo tiempo se fusione con los protocolos presenciales cuando sea necesario; los cuales deben tener un grupo consolidado de especialistas (toxicólogo, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero, médico entre otros), para evitar la deserción del tratamiento, mejorar el seguimiento y evitar las recaídas. Esto con el fin de que el paciente sienta respaldo y compromiso por parte de los profesionales de la salud, y así fortalecer sus actitudes frente al proceso de deshabituación del tabaco; mejorando la salud de los pacientes, flexibilizando la atención, optimizando la recolección de datos, la cual es un insumo vital para valorar el proceso; y disminuyendo el impacto de un problema de salud pública.

Por último, fortalecer los tratamientos por medio de la teleconsulta es un aporte imprescindible en tiempos de pandemia, como la del COVID-19, por la que atraviesa el mundo, ya que contribuye a mantener las medidas de autocuidado que hoy forman parte de la cotidianidad. La pandemia, un asunto de salud pública de escala mundial, ha permitido que cada vez más personas se acerquen a la virtualidad, que

se consolide el teletrabajo y se cambien los paradigmas de las telecomunicaciones. En este sentido, es importante instaurar una idea muy productiva a la hora de pensar en la fusión de las actividades de los profesionales de la salud y la teleconsulta como herramienta virtual. Este proyecto parte de la necesidad imperante de hacer un seguimiento integral del paciente en deshabituación tabáquica, mediante el uso de una herramienta migrada a la virtualidad, con el fin de lograr alcances más óptimos y sostenimiento en el proceso de abandono de la dependencia a la sustancia.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ Diseñar un protocolo con la ruta de atención de pacientes en programa antitabaquismo incorporando la teleconsulta como componente innovador a la presencialidad.

Objetivos Específicos

- ✓ Realizar una revisión bibliográfica de las evidencias científicas relacionadas con la teleconsulta y su aporte en los programas de cesación tabáquica.
- ✓ Realizar informe final del protocolo con la ruta de atención para pacientes en programa antitabaquismo incorporando la teleconsulta.

4. METODOLOGÍA



En la fase inicial se hizo una exploración avanzada en diferentes portales y motores de búsqueda académica, teniendo en cuenta textos publicados entre los años 2002 y 2021, priorizando los encontrados en un rango de 10 años, en idioma español, inglés y portugués; omitiendo algunos de opinión o manejos cuya veracidad no estaba claramente expuesta o se estaba investigando. Además, se tuvieron en cuenta consultas virtuales con profesionales expertos y la exposición y comunicaciones personales de sus experiencias acerca del tema.

En un primer ejercicio de rastreo documental, a partir de la terminología MESH: "Tobacco Use Cessation Devices", "Telemedicine/instrumentation", "Telemedicine/methods"; se encontraron 8 artículos, de los cuales se tomaron 6. En un segundo ejercicio de búsqueda y rastreo, se utilizó la terminología MESH: "Smoking Cessation/methods", "Telemedicine/instrumentation", "Telemedicine/methods"; se encontraron 75 artículos, de los cuales se tomaron 23. De una tercera búsqueda con la terminología MESH: "Smoking Cessation/methods", "Mobile Health Units"; se encontraron 5 artículos, de los cuales se tomaron 3. De una cuarta búsqueda con la terminología MESH: "Mobile Health

Solution”, “Smoking Cessation”; se encontraron 23 artículos y se tomaron 6. En un quinto ejercicio de rastreo documental, a partir de la terminología MESH: "Tobacco Use Disorder", "Substance Abuse Detection/methods", "Substance Abuse Detection/standards"; se encontraron 16 artículos y se tomaron 4. En una sexta búsqueda con la terminología MESH: “Telemedicine”, “Tobacco Use Cessation”; se encontraron 129 artículos, tomando 25 de ellos. En una séptima búsqueda con la terminología MESH: “Tobacco Use Cessation”, “Telemedicine”, “Program”; se encontraron 52 artículos, y se tomó 1. De una octava búsqueda con la terminología MESH: “Smoking cessation”, “Program”, “Telemedicine”; se encontraron 106 artículos, tomando 6 de ellos. Además, se realizó una búsqueda libre en el motor de búsqueda Google académico, PubMed, biblioteca de la universidad CES, encontrando 92 artículos. También se tuvieron en cuenta guías y textos informativos de páginas nacionales e internacionales.

En la segunda fase de la metodología, se realizó la revisión del protocolo antitabaquismo asistencial, con el acompañamiento de los coordinadores y encargados del área, destacando las pautas importantes que generan un impacto positivo desde la propuesta de la teleconsulta; confrontándola con la literatura encontrada y seleccionada para luego dar inicio con la elaboración de la ruta de atención desde una propuesta mixta.

En la tercera y cuarta fase se realizó la presentación de la ruta de atención con la propuesta mixta de teleconsulta y consulta asistencial, recibiendo las retroalimentaciones pertinentes para obtener el consolidado definitivo.

Durante todo este proceso siempre se contactó a los docentes, a las áreas administrativas, coordinadores y personal de salud encargados del programa para llevar a cabo la construcción de la ruta de atención.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Tabaquismo

5.1.1. Definición y conceptos

Tabaquismo: es una enfermedad crónica, adictiva, con alto riesgo de abuso y recaídas. Es perjudicial en todas sus modalidades y presentaciones (cigarrillos, tabaco para pipa de agua o narguile, productos de tabaco sin humo, puritos, tabaco de liar, vapeadores de tabaco, tabaco picado, bidis y kreteks), sin existir un nivel seguro de exposición para el fumador ni para las personas a su alrededor **(1)**.

Fumador actual: es aquel que lo hace diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos (incluso uno) **(14)(15)**.

Fumador pasivo: es aquel que solo está expuesto al humo ajeno (sin ser fumador actual) **(14)(15)**.

Dependencia o adicción: manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, deseo intenso, persistencia, sin control alguno y sin importar las consecuencias **(14)(15)(16)**.

Intervención o tratamiento: programa con enfoque biopsicosocial dirigido por especialistas capacitados en el proceso de cesación tabáquica. Se fija un día como intento de abandono del consumo llamado día D **(14)(15)(16)**.

Craving: deseo imperioso de fumar, hace parte del síndrome de abstinencia. Más del 80% lo presentan entre las 8 y 12 horas, relacionándose con las recaídas **(14)(15)(16)**.

Síndrome de abstinencia: inicia por reducir el consumo o dejarlo del todo, con síntomas como ansiedad, irritabilidad, dolor de cabeza, hambre, temblor, trastornos del sueño y craving. Punto máximo de síntomas entre las 12 a 24 horas de cesación o reducción de consumo. Puede ser a corto plazo (4 semanas) y largo plazo (6 a 12 meses) **(14)(15)(16)**.

Tasa de cesación: se relaciona con el no consumo en determinado tiempo, puede ser continua (desde el día D), puntual (al menos en los últimos 7 días desde el día D) y prolongada (de forma continuada desde el día D). No existe un criterio consensuado para decidir cuándo alguien ha "dejado de fumar", por lo que es fundamental este concepto al utilizar el término tener claro cuánto tiempo ha durado el periodo de abstinencia **(14)(15)(16)**.

Recaídas: reinicio del consumo de cigarrillo (parcial o total), en frecuencia e intensidad, durante más de 7 días consecutivos, asociadas con situaciones de alta tentación; no son un fracaso médico ni del paciente sino una parte del proceso. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 1%-4% de los intentos para dejar de fumar funcionan sin un programa y el 30% lo logra usando terapias combinadas; alrededor del 5% de los intentos de deshabituación tabáquica sin ayuda tienen éxito durante 6 meses y 2%–15% de los fumadores tiene una recaída cada año luego de su primer año de abstinencia. Se debe diferenciar del desliz, que es un episodio de no más de una semana de duración, en el que el paciente fuma al menos una vez al día después haber permanecido abstinentes al menos 24 horas**(15)(16)**.

5.1.2. Epidemiología y morbilidad

La epidemia del tabaquismo se considera una gran amenaza para la salud pública, causando más de 8 millones de muertes al año en el mundo, de las cuales más de 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1,2 millones son fumadores pasivos. Más del 80% de los 1300 millones de consumidores de tabaco que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos, aumentando la muerte, enfermedades y empobrecimiento**(1)**. Según la OMS, 1 de cada 10 adultos tienen muertes relacionadas con enfermedades causadas por tabaquismo (cáncer de pulmón, EPOC -Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica-, enfermedades cardiovasculares, más de 30 cánceres de diferentes localizaciones, entre otras);

contando con una elevada morbi-mortalidad que puede incrementarse conforme pasen los años si no hay un impacto en esta problemática. Por tanto, la deshabituación es la medida preventiva más eficiente y coste-efectiva, pues después de 10 años de cese de tabaquismo, una persona logra reducir su riesgo de cáncer de pulmón hasta aproximadamente la mitad del que tenía siendo un fumador activo **(10)(17)(18)**.

En Colombia, el tabaco y el alcohol son las drogas que más se usan, superando el de las ilícitas; según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia del 2013, el 42.1% de las personas declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (53.6% son hombres y 31.2% son mujeres); falleciendo anualmente cerca de 20.000 personas por causas atribuibles a su consumo y por enfermedades crónicas, especialmente las cardiovasculares, representando la principal causa de muerte y años de vida saludable perdidos **(7)(14)**. Según la Encuesta Nacional Colombiana de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2019, el 9.8% indicaron consumo actual o de último mes de tabaco (equivalente a 2.3 millones de personas), con el 5% refiriendo haber fumado cigarrillos electrónicos o vaporizadores con nicotina alguna vez en la vida **(19)**.

El costo global estimado para tratar el tabaquismo es de \$1.4 trillones de dólares, cada día elevando su inversión económica; y en América Latina se consume el 10% de los recursos sanitarios generando una importante carga de enfermedad **(5)(20)**. En el caso de Colombia, el 7% de la población nacional consume tabaco; y las enfermedades relacionadas con éste, representan un costo directo anual al sistema de salud de más de 4.5 billones de pesos; cubriendo solamente un 10% de este gasto con la recaudación del impuesto por la venta de cigarrillos **(18)**. El consumo de tabaco le cuesta a la economía colombiana 17 billones de pesos, el 1.8 % del PIB (producto interno bruto), datos aproximados para el 2017. Aplicando políticas de control de tabaco se evita un 28% de las pérdidas económicas y para el 2030 se reducirían los costos económicos derivados del consumo de tabaco en 44.2 billones de pesos, incluido un ahorro de 17 billones de pesos en gastos de asistencia

sanitaria, directos (que se relacionan con la salud, más fáciles de estimar) e indirectos (que tienen que ver con la pérdida de la productividad, la discapacidad y la mortalidad, más difíciles de estimar) **(21)(22)**.

5.1.3. Factores de riesgo y factores protectores para el abandono del consumo

Al iniciar el proceso de deshabituación en tabaquismo, no solo se tiene en cuenta la disposición del individuo, ni la acción de los medicamentos usados; sino un conjunto de factores que juegan un papel fundamental, de forma positiva y negativa, prediciendo en cierta forma el éxito o no, a corto, mediano y largo plazo de su plan de tratamiento y manejo.

Dentro de los componentes protectores de las personas que desean abandonar el consumo de tabaco se encuentran las leyes, normas y pautas publicitarias desde el amparo gubernamental frente al no consumo de tabaco; como entes de vigilancia activa, campañas publicitarias de sensibilización y motivación frente al riesgo y perjuicio del cigarrillo (personal, social y ambiental), creación de espacios libres de humo (casa, trabajo, lugares públicos), prohibición de la publicidad que promueve el patrocinio y el uso del tabaco (medios de comunicación, control de la oferta y el desestimulo de la demanda de los productos de tabaco), incremento en los impuestos a las tabacaleras, productos de tabaco con advertencias sanitarias que cubran al menos el 50 % del empaquetado, uso de empaquetados neutros, aumento de información sobre redes de servicios de salud, servicios comunitarios o de líneas telefónicas proactivas para manejo de dependencia a sustancias y acompañamiento, no solo de profesionales sino de personas que hayan pasado por lo mismo **(8)(21)**.

Teniendo en cuenta este contexto, es importante la implementación de estrategias de afrontamiento ante las situaciones de alto riesgo para disminuir los casos de recaídas (evitando el desliz o recaídas en los primeros 6 meses, lo cual es un indicador importante), tener una imagen positiva de sí mismo como “no fumador”

generando conciencia de la posibilidad de cambio y un enfoque de meta clara para el abandono **(2)(3)(23)**. También es importante tener en cuenta el apoyo social para mantenerse abstinente, no tener deseo de consumo de nicotina en la mañana (reflejado en menor dependencia) y no contar con enfermedades psiquiátricas con lo que se aumentan las posibilidades de éxito del tratamiento (inclusive desde la teleconsulta) **(17)(24)**.

Dentro de los factores que ponen en riesgo a las personas que desean abandonar el consumo de tabaco se encuentran; la baja percepción del efecto de las sustancias nocivas del cigarrillo y el humo (en fumadores activos y pasivos), desconocimiento de las cifras de morbimortalidad; poca información y acceso a los programas antitabaquismo, pensar que existe un nivel seguro de exposición al tabaco; falta de acompañamiento y apoyo motivacional para el paciente por parte del sector salud, su familia y la comunidad; rodearse constantemente con fumadores o frecuentar espacios con consumo habitual de la sustancia; inadecuada canalización y gestión de las emociones que se encuentran vinculados a las recaídas (ansiedad, irritabilidad, estrés y/o estados depresivos, dificultad para expresar sentimientos, impulsividad); no comprender la dependencia desde los procesos neuroadaptativos del organismo; tener mayor consumo y múltiples intentos de abandono del cigarrillo; fumar durante el día y edad de inicio antes de los 20 años **(24)(25)(26)**.

Desde la legislación y la práctica en el sistema de salud, hay poco fortalecimiento o garantías en la cobertura de calidad oportuna para su acceso. Existen pocos instrumentos adecuados en materia de adicciones para los profesionales en el plan obligatorio de salud, falta de capacitaciones y abordajes integrales (especialmente en intervenciones breves), poca identificación sistemática desde la historia clínica del paciente fumador, limitación de tiempo de consulta impidiendo un manejo integral **(24)(25)(26)**.

Otros aspectos, como los sociodemográficos, son considerados de difícil control y no ayudan con los procesos antitabaquismo, como lo son el sexo femenino, nivel

educativo y estrato socioeconómico bajo, vivir en áreas rurales; con lo que se aumentan las recaídas, especialmente si se trata de personas con enfermedad mental, teniendo en cuenta que estas consumen cigarrillo 2 a 4 veces más que la población general **(2)(27)**.

5.1.4. Métodos usados para abandono del consumo

Existen diversas intervenciones eficaces para tratar el tabaquismo que pueden ayudar a reducir su consumo, y con ello, las enfermedades asociadas; teniendo mayor impacto cuando se usan combinadas (implementadas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco –CMCT- y en Colombia, adaptadas desde el año 2006).

El modelo transteórico de Prochaska Di Clemente evalúa al paciente en las diferentes etapas de abandono de la nicotina, desde la pre contemplación, contemplación, preparación, acción hasta el mantenimiento (recaída); para poder enfocar adecuadamente a la persona, de acuerdo a la fase en la que se encuentre **(15)(28)**.

Las consejerías implementan el intercambio de mensajes entre el paciente y el personal de la salud dentro de la consulta integral, estableciendo un canal asertivo de comunicación; de lo contrario, hay una deserción inmediata en el programa (20% a 57% lo abandonan luego de la primera sesión). Son breves cuando duran menos de 10 minutos, alrededor del 20% de los pacientes progresan con este tipo de estrategias; donde se emplean los pasos de las 5 A, más si hay motivación, (Ask: preguntar acerca del uso de tabaco, Advise: aconsejar o enseñar acerca de los beneficios de dejar el tabaco, Assess: evaluar las ganas de dejar de fumar, Assist: asistir y acompañar en el desmonte de tabaquismo sugiriendo medicamentos de ser necesarios, y Arrange: seguimiento adecuado). Son intensivas cuando duran más de 10 minutos, no usando más de 300 minutos; considerándose más efectivas que las anteriores. La frecuencia sugerida para el seguimiento es de 3 – 6 sesiones (8, si hay farmacoterapia), pero todo depende del progreso de cada paciente **(15)(28)**.

La entrevista motivacional evalúa el comportamiento de consumo incrementando la motivación por la cesación y el cambio, identificando las razones individuales para iniciar el cambio y así facilitar la superación de la negación, evitar la resistencia, aumentar la participación, la adherencia y la retención de las personas durante la fase inicial del tratamiento; mejorando las bases del plan indicando y evitando el decaimiento de sus efectos positivos, con una eficacia significativa a los 12 meses (se usan las 5 R: Relevancia, Riesgos, Recompensas, Resistencias y Repetición, más en personas sin motivación) **(29)**.

La intervención cognitivo-conductual se realiza de forma grupal o individual, estudiando los comportamientos y los patrones aprendidos frente al consumo de tabaco, evaluando los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta del fumador. Se mejora el afrontamiento a los acontecimientos vitales, los estresores de la vida cotidiana (rechazar el cigarrillo, asertividad, administrar el tiempo); y el manejo de contingencias que proporcionan recompensas tangibles para reforzar comportamientos positivos como la abstinencia **(30)**.

Dentro de la terapia farmacológica se manejan dos grupos, los neuromoduladores (vareniclina y bupropión), que mejoran la abstinencia a largo plazo (25% solos y hasta 27% combinados con la consejería); y la terapia de sustitución nicotínica (chicles y comprimidos de nicotina), usados para evitar los síntomas de abstinencia en el mantenimiento del paciente **(30)(31)**.

El modelo de reducción de daños ha venido tomando fuerza en los últimos años, no es el objetivo principal del programa de deshabituación tabáquica, pero se debe tener en cuenta en el proceso dependiendo del perfil del paciente y sus particularidades, para evitar un mensaje errado acerca del consumo de sustancias. Se enfoca en la prevención de los daños de la sustancia más que en la del consumo de la misma, por lo que se aplica a personas con múltiples intentos de abandono

sin lograrlo (no disminución absoluta de cigarrillos, no desean el abandono total), pero si pretenden modificar los hábitos de riesgo para que la dependencia no les empeore más su salud **(32)**.

Existe otro grupo de herramientas, como los materiales educativos (complementando la atención integral), líneas de apoyo (con buena efectividad comparados con la ausencia de intervención), líneas telefónicas y/o servicios basados en internet (fácil acceso con buen soporte); y por último las terapias alternativas (sin tener estudios claros que demuestren su impacto, como la acupuntura, hipnosis, homeopatía, uso del cigarrillo electrónico) **(15)(28)**.

5.1.6. Escalas de evaluación psicométrica

Para definir el grado de dependencia a la nicotina (ya sea física, emocional, psicológica), el de consumo y la motivación que tiene el paciente para dejar de fumar e iniciar un programa de deshabituación, se encuentran diferentes escalas que apoyan y direccionan el tratamiento, sostenimiento y seguimiento. Dentro de todas las posibles herramientas, se pueden destacar las más usadas e importantes como el índice paquete/año e índice tabáquico; el cual se obtiene con la fórmula: número de cigarrillos al día/20 x número de años fumando, clasificándose en leve (menos de 5 paquetes por año), moderado (5 a 15 paquetes año), grave (16 a 25 paquetes año) y muy grave (más de 25 paquetes año) **(28)(33)(34)(35)**.

También son de gran importancia el test de Fagerström, evaluando el nivel de dependencia a la nicotina (baja, moderada y severa); el test de Richmond, evaluando el nivel de motivación para dejar de fumar (nula o baja, dudosa, moderada, alta); el test de Glover-Nilsson, evaluando la dependencia psicológica a la nicotina, valorando elementos psicológicos, gestuales y sociales implicados (baja, moderada, alta, muy alta); y por último la escala de Minnesota, evaluando los síntomas de abstinencia a la nicotina (nada en absoluto, leve, moderado, mucho, grado extremo). Dependiendo de las clasificaciones encontradas en las diferentes

escalas y test, se define la necesidad del uso de medicación, el tipo de fármacos y la clase de apoyo psicosocial pertinente **(28)(33)(34)(35)**.

Para las personas que solamente usan los vapeadores se debe tener en cuenta la escala que evalúa la dependencia a los mismos, llamada índice de severidad de veador, en la que un puntaje mayor a 6 se relaciona con una dependencia a la nicotina moderada a severa **(15)**.

5.2. Herramientas virtuales

5.2.1. Definición

La aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en salud, no es la excepción, y a medida que avanza la tecnología y la sociedad se van introduciendo nuevos términos en la fusión de estas áreas. Se considera la telesalud (término usado indiscriminadamente como telemedicina y eSalud), como un conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, llevados a cabo en la distancia a través de la ayuda de las tecnologías de la información (hardware, software e instrumentos de monitoreo y telecomunicaciones y conectividad en la red -líneas de teléfono, internet, redes satelitales y digitales-), donde hay una población que recibe el servicio y otra que lo provee **(36)(37)(38)**.

Dentro de este concepto general, se puede hacer un énfasis en tres puntos relacionados entre sí: telemedicina, teleeducación y teleconsulta. La telemedicina es la provisión de servicios de salud donde se utilizan las TIC facilitando el acceso al servicio. La teleeducación en salud o e-learning, es el uso de las TIC para la práctica educativa de salud a distancia. La teleconsulta se refiere a las interacciones remotas que ocurren entre un médico y un paciente con el fin de proporcionar asesoramiento diagnóstico o terapéutico a través de medios electrónicos; también se usa para solicitar segundas opiniones médicas (entre médico general o personal de enfermería con especialista) **(39)(40)**.

5.2.2. Telemedicina y teleconsulta en programas antitabaquismo

La telemedicina se define como el uso de las telecomunicaciones para el manejo médico a través de la distancia (videos, teléfono, mensajes de textos y páginas de internet), es tan efectiva como la presencialidad (más en programas de riesgo cardiovascular y abuso de sustancias), con buena acogida entre médico/paciente. **(41)**. Es innovadora para la salud, la tecnología, la cultura y la sociedad, impactando positivamente en materia de salud pública (teleconsultas, telemonitoreo, telediagnóstico, educación continua en profesionales y difusión de buenas prácticas en la comunidad), con algunos aportes y presencia más testimoniales e incipientes **(9)**. En Colombia, responde a la insatisfacción de la población y la escasez de recursos, ampliando cobertura del sistema de salud bajo los principios de solidaridad y universalidad; respaldándose en la legislación para su uso y habilitación institucional, con condiciones en seguridad, calidad y ética como en la consulta presencial **(38)(42)**.

Por medio de la teleconsulta se puede hacer un manejo y seguimiento igual de efectivo para los pacientes en programa de cesación de tabaco, similar al de las consultas presenciales, aumentando la satisfacción y adherencia al tratamiento, comparado con consultas telefónicas (como ventaja se tiene continuar con la comunicación no verbal entre médico/paciente) **(43)**. Se generan evaluaciones computarizadas disminuyendo el tiempo de recolección de datos demográficos y otra clase de información, dejando más tiempo de interacción entre paciente y personal de la salud. También se recrean recordatorios de la cita vía mensaje de texto o recordatorios y seguimiento por medio de tele-enfermería, reduciendo el número de inasistencias a las consultas y mejorando la adherencia al programa **(11)(44)**.

El uso de la teleconsulta en el manejo de pacientes en programa antitabaquismo puede ser por medio de videollamada o llamada telefónica. Con la primera existe la ventaja de tener una comunicación en tiempo real, se observa y se escucha al

paciente, hay mayor conexión y motivación, se puede recurrir a la persuasión (basado en las expresiones no verbales del paciente), se asemeja más a las consultas presenciales con alta afinidad y compromiso por parte del paciente, encontrando la misma abstinencia continua desde las semanas 9-12, que aquellos que son presenciales **(13)**. La segunda, se puede usar más para una asesoría de los pacientes que deseen dejar de fumar y estén en tratamiento, sin tener menor calidad que la anterior; proponiéndose como una alternativa al no tener acceso a las intervenciones presenciales **(45)(46)**.

En cuanto al tiempo invertido en las sesiones con los pacientes, se han encontrado buenos resultados en asesorías inicialmente de 30 a 45 minutos, luego pueden ser de 20 minutos aproximadamente; diferentes al tiempo de la consejería ya establecido previamente **(47)**. Como programa en general, puede haber un seguimiento mínimo de 6 meses, aunque el ideal es hasta los 12 (deshabituación tabáquica exitosa); así mismo, cuanto más intensa es la intervención, mayor es la tasa de abstinencia alcanzada. Inicialmente las sesiones son semanales durante el primer mes, luego cada 15 días, y después cada mes hasta completar 12 sesiones en promedio. También se sugiere dentro de este seguimiento consulta no presencial en el tercer y sexto mes **(15)**.

Estas herramientas virtuales, comparadas con el cuidado habitual o guías de autoayuda, las intervenciones interactivas basadas en internet (personalizadas, con o sin contacto telefónico) podrían aumentar la abstinencia de tabaco a 6 y 12 meses; diferente con el contacto con el paciente por medio de correo electrónico donde tiene una baja efectividad **(48)**. Se debe destacar que el mayor impacto que genera el personal de salud en el paciente con consumo de tabaco es en las fases tempranas de su tratamiento (más si hay alta dependencia a la nicotina), por lo que se beneficia de un contacto estrecho al comienzo **(49)**, establecido desde la presencialidad y luego de un acompañamiento virtual, con la ventaja de completar las metas de semanas totales del programa mostrando efectividad de ambos, con algunos puntos de discrepancia que requieren análisis a futuro **(13)(41)**.

Al involucrar la telemedicina (teleconsulta) en los programas de deshabituación, especialmente hablando de la nicotina, aparece un nuevo término, la telerrehabilitación y con ella, se pueden realizar proyectos bastante interesantes, más si se tiene en cuenta que para 2018 más de la mitad de la población mundial usaba internet, con usuarios capaces de descargar programas para comunicación por video de forma gratuita asegurando un acoplamiento adecuado entre personal de salud, paciente y tecnología **(45)(50)**.

5.2.2.1. Ventajas y desventajas

Dentro de los beneficios de la teleconsulta (videollamadas o telefonía), en programas antitabaquismo se tiene la facilidad de acceso y con ello mejores resultados a largo plazo, como la igualdad y equidad en salud (especialmente para poblaciones vulnerables, comunidades indígenas, privados de la libertad, postrados en cama o con limitaciones de movilidad), y mejoría en la motivación, continuidad y adherencia que conllevan al buen cumplimiento de metas **(13)(41)(47)**. En la operatividad se encuentra que hay reducción en la pérdida de exámenes, aprovechamiento de los recursos, análisis más flexibles y oportunos, mejora en la gestión de salud, transparencia del sistema, desarrollo internacional con mercadeo de telecomunicaciones **(48)**.

Las instituciones consiguen descentralizar la salud llevando el recurso al paciente, evitando traslados, ahorrando costos de desplazamiento; beneficiando la salud pública (reducción en morbilidad por mayor adherencia al programa), mejoría en la calidad de vida, mayor satisfacción en la relación médico/paciente, con nuevas formas de educar e informar, y ahorro de tiempo (menos tiempos de espera entre paciente y médico, mejorando calidad del servicio) **(38)(50)(51)**. A parte de la reducción en los costos sanitarios, al tener programas antitabaquismo, se logra salvar más de 10.297 vidas al año y reducir la aparición de enfermedades relacionadas con el tabaco **(21)**.

Por otro lado, algunos de los principales obstáculos y barreras que pueden hallarse asociado a la teleconsulta; son los costos para las instituciones que pueden ser los

mismos o mayores (mayor inversión en tecnología), por lo que hay que realizar un análisis de la financiación, sostenibilidad, verificación de proveedores para que prioricen las necesidades del programa, verificando los términos de costo-efectividad **(6)(42)(52)**.

Se pueden encontrar limitaciones en el área de la tecnología, como poca cobertura (no hay dispositivos o no llega el servicio), desconocimientos de los programas o dispositivos (especialmente adultos mayores), dificultades organizativas como pueden ser el diseño del programa, perfiles profesionales, capacitaciones, falta de una infraestructura adecuada, cambios en los programas, poca adaptación a la tecnología, pensamiento de sobrecarga de trabajo y poca credibilidad del profesional por parte del paciente. Existen dificultades del talento humano, especialmente con los médicos que son la clave de la captación y mantenimiento del paciente, generando resistencia al cambio de modalidad, poca adaptación cultural, competencia, vínculo emocional y tiempo de aprendizaje con el programa, interés, aceptación, visibilidad, no interpretación de la comunicación no verbal con el paciente, disminuyendo la confianza y generando poca empatía. No menos importante, se debe evaluar la aversión, resistencia o timidez ante las cámaras para alterar la consulta y tener momentos de incomodidad **(52)(53)(54)**.

En cuanto a la ética y legalidad, se puede encontrar poca claridad en la protección y manejo de datos (pensar en los ataques cibernéticos), confidencialidad/privacidad corriendo posibles riesgos jurídicos (el ideal es ampliar la normatividad y las leyes), se puede sancionar económicamente e indemnizar la inadecuada práctica a través de la teleconsulta, en ocasiones no se llega a consolidar de forma adecuada un consentimiento informado (para mejorar la privacidad de la consulta) y se genera un manejo deshumanizado en la relación médico/paciente **(55)(56)**.

6. RESULTADOS

Existen unos criterios claros de inclusión para la activación de la ruta de modalidad mixta para pacientes en proceso antitabaquismo; se tiene su implementación en espacios de salud libre de humo, se tienen en cuenta personas remitidas de su

EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud) o que ingresen de forma espontánea, de cualquier edad, siempre y cuando tengan conectividad y conocimiento del uso de las aplicaciones como la videollamada o la llamada telefónica, que hayan fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos y puntúen motivación alta según el test de Richmond, pacientes con acceso limitado a los servicios de salud con grandes distancias de desplazamiento o con dificultades socioeconómicas para transportarse a la sede, interés y voluntad para las citas virtuales (no temor al uso de dispositivos electrónicos) **(52)(53)(54)**

No se tiene en cuenta dentro de este proceso, pacientes con deficiencia mental o patología psiquiátrica moderada/grave (comorbilidad que dificultaría el proceso mixto)**(57)**, adicción a otras sustancias, negativa del paciente para participar en el protocolo mixto; personal (enfermería, psiquiatría, psicología y medicina general) sin capacitación o especialización en el área de drogodependencias o conductas adictivas, poca capacitación en herramientas virtuales para la atención de pacientes, desinterés y desmotivación por las citas virtuales, manejo inadecuado de dispositivos móviles y conectividad limitada **(52)(53)(54)**.

6.2. Etapas de protocolo de la ruta de atención para pacientes en programa antitabaquismo

Tratamiento: etapa implementada en los primeros 3 meses desde el ingreso al programa. En un primer momento se realiza valoración inicial y presencial de los profesionales de enfermería y toxicología, donde cada especialidad tiene su espacio de atención, en el mismo día, con 30 minutos de duración por consulta. Se explica el comienzo del proceso, el uso de herramientas, se plantea el día D, se realizan los test de dependencia a la nicotina, abstinencia, motivación y consumo de cigarrillos, la etapa de cambio (Prochaska y DiClemente), historia clínica del paciente con antecedentes personales, especialmente los psiquiátricos viendo pertinente o no la remisión a especialidad de psiquiatría (manejo de patología dual), se ordenan paraclínicos a criterio médico, se verifica la pertinencia de farmacoterapia. A partir

de estas primeras consultas, se programan semanalmente intervenciones con psicología de forma virtual (30 minutos de duración para la sesión inicial y luego 20 minutos para el resto de las sesiones), hasta las 4 semanas, que además de llevar el proceso del paciente, se verifica la pertinencia de interconsulta o remisión a psiquiatría. La valoración por psicología en la cuarta semana es de gran importancia para la retroalimentación, revaloración y replanteamiento de manejos de ser necesario: terapia cognitivo-conductual, intervenciones, terapia motivacional, avance en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente) **(15)(29)(47)(58)**.

Valoración presencial, al mes y medio del ingreso, por parte de enfermería y medicina general (cada especialidad tiene su espacio de atención para el mismo día de 20 minutos de duración), donde se revisan los paraclínicos, se hace la valoración del estado de cesación tabáquica y su proceso, más el reforzamiento motivacional. A los dos meses, continua con valoración virtual por psicología (20 minutos de duración para la sesión) para el soporte de la etapa y las mejoras necesarias. En esta primera etapa del tratamiento, el paciente cuenta con 9 sesiones en promedio, dependiendo de su avance y de su manejo; asistiendo tres veces de manera presencial a la institución de salud.

Evaluación de tratamiento: A los tres meses, desde el ingreso, se realiza valoración presencial por los profesionales de toxicología y psicología (cada especialidad tiene su espacio de atención para el mismo día de 20 minutos de duración), en este punto se valora todo el proceso del paciente, especialmente si hay abstinencia o no durante el tiempo que lleva en el plan antitabaquismo (aplicando los test pertinentes). En caso de encontrarse en abstinencia, el paciente tiene consulta con psicología de forma virtual al sexto mes (20 minutos de duración para la sesión), y, si nuevamente lo encuentran sin consumo, se inicia en la etapa de seguimiento de la abstinencia; de lo contrario, se direcciona a la etapa de seguimiento de la reducción del daño.

En el caso de que el paciente continúe con consumo menor, o recaídas, se hace una valoración de pertinencia de farmacoterapia (un primer ciclo, si no lo ha tenido, o un segundo ciclo si ya se medicó previamente); con un seguimiento por psicología virtual al cuarto mes –desde el ingreso- y con medicina general virtual al sexto mes –desde el ingreso-, con sesiones de 20 minutos de duración por consulta). Aquí se refuerza lo que se ha venido trabajando en todo su proceso; y nuevamente se indaga se encuentra en abstinencia o no, para pasar a la etapa de seguimiento (de abstinencia o con reducción del daño). Hay 5 sesiones en promedio con el paciente, dependiendo de su avance y de su manejo.

Seguimiento: esta etapa va de los 6 hasta los 12 meses desde el ingreso, con controles por parte de psicología virtual (20 minutos de duración para cada sesión) y finalizando con consulta por medicina general presencial (para el mes 12, de 20 minutos de duración), valorando la adherencia al plan, sus inconvenientes y su progreso en el tiempo.

Si se ha logrado llevar la abstinencia, hay una intervención por parte de psicología a los 9 meses, con una sesión virtual de 20 minutos de duración. Si no se ha logrado la abstinencia, se hace seguimiento mensual (sesión virtual de 20 minutos desde los 7 a los 11 meses del ingreso, revalorando la pertinencia de intervalo entre consultas de acuerdo a las necesidades y avances del paciente); haciendo énfasis en la reducción del daño canalizando al equipo especializado las particularidades que se encuentren en el proceso; siempre desde la motivación, reforzando conductas positivas, uso de terapia cognitivo conductual e intervenciones puntuales.

Se debe recordar que, en esta etapa, el paciente puede pasar de la abstinencia a la no abstinencia o viceversa, por lo cual debe haber un re-enrutamiento adecuado del mismo, pudiendo alargar o acortar los tiempos de seguimiento. Cada profesional tiene el criterio de manejo del paciente, para indicar qué actividades y terapia requiere (desde la evidencia científica de cada especialidad) y verificar si se pueden acortar o no las frecuencias de las sesiones (según el proceso recorrido, las

condiciones del mismo y la relación del profesional y el paciente). Hay 6 sesiones en promedio dependiendo del avance y evolución.

Mantenimiento: esta etapa va de los 12 hasta los 24 meses del ingreso, en la cual se hace un sostenimiento de todo el proceso para evitar que el paciente retome el consumo. Se hacen sesiones de 20 minutos por psicología virtual a los 16 y 20 meses, finalizando a los 24 meses con una consulta de medicina general presencial (de 20 minutos de duración), para evaluar los criterios de egreso o reducción del daño, según sea el caso. Hay 3 sesiones en promedio, dependiendo de su avance y logro final.

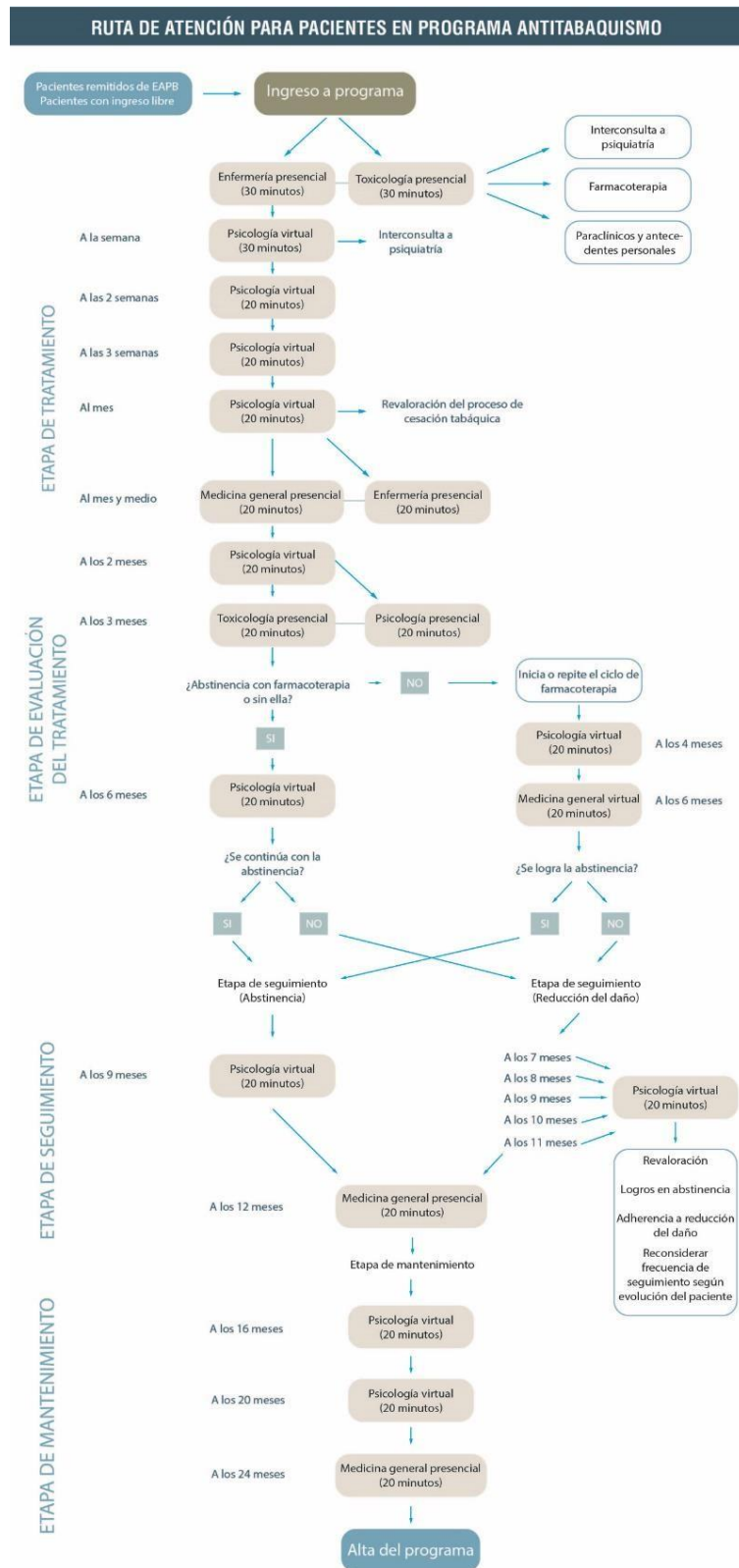
Estas etapas se hacen desde la teleconsulta y la consulta asistida, teniendo en cuenta que el progreso no es escalonado y secuencial, sino individualizado, dependiendo del alcance y la naturaleza de los problemas del paciente, la idoneidad del tratamiento y los servicios relacionados que se emplean en estos programas (tecnología, infraestructura, talento humano...).

Durante el proceso existe la posibilidad de recaídas (diferente al desliz), que llevan a la reestructuración cognitiva, reequilibrio del estilo de vida (de forma simultánea durante todo el programa); e implemento de la reducción del daño, donde se tiene como objetivo reducir o prevenir los daños secundarios del consumo y sus consecuencias negativas en todos los aspectos de la vida del paciente (especialmente para aquellos que no dejaron el consumo después de una recaída, o no lograron una reducción completa de número de cigarrillos al día, pero desean mejorar su condición frente a su dependencia).

Se consideran pacientes con alta o egreso del programa, aquellos que completan el ciclo de citas, con una sola orden de tratamiento farmacológico y que en su última valoración (a los 24 meses por medicina general) se encuentran abstinentes o se enfoquen bajo la modalidad de reducción del daño; aquellos que completan el ciclo con un máximo de 2 órdenes de tratamiento farmacológico, estén o no abstinentes;

aquellos que luego de completar ciclo de citas y que cuya causa de dependencia al cigarrillo obedece a trastornos o condiciones psiquiátricas de base; que incumplan las citas de seguimiento (se intentan localizar hasta dos citas); retiro voluntario.

6.2. Anexo 1: Flujograma.



7. DISCUSIÓN

La modalidad mixta es una gran apertura de innovación, mejoría y evolución de los programas de deshabituación tabáquica, mostrando una igualdad en resultados a la hora de compararlas, teniendo en cuenta la importancia de la presencialidad en el primer encuentro (valioso para el progreso y la continuidad del proceso), luego involucrando la alternancia, en su mayoría con enfoque desde la virtualidad**(13)(41)**. Los pacientes que se encuentren en esta modalidad deben ser evaluados de una forma adecuada e individualizada, con paraclínicos pertinentes y descartando comorbilidades o enfermedades psiquiátricas (patología dual) que al no ser tratadas alteren el adecuado funcionamiento de la ruta mixta **(30)(59)**.

El tiempo propuesto dentro de la ruta de atención con intervenciones mixtas, puede generar mayor adherencia y cumplimiento de objetivos hasta los 12 meses **(4)(14)(41)**, y con mejores resultados si se llega a extender el seguimiento y mantenimiento hasta los 24 meses, evitando así, las recaídas luego del primer año de abstinencia **(4)(8)(15)**; teniendo en cuenta que la farmacoterapia se usa en la etapa aguda máximo hasta los 3 meses (revaluando la oportunidad de otro ciclo en caso de no funcionar en el primero); y que existe el decaimiento de los efectos positivos de los enfoques motivacionales, donde se demuestra una eficacia significativa hasta los 12 meses **(29)(30)**.

En cuanto a la duración de cada consulta se propone para las citas iniciales un tiempo estimado de 30 minutos (para solicitar datos iniciales y fortalecer la empatía), y las siguientes de 20 minutos, con la flexibilidad de los inconvenientes o situaciones de cada paciente**(47)**. De igual forma, se incluye la estrategia de reducción del daño, la cual se enfoca en la constancia del proceso, mas no en la abstinencia total, dándole cabida a aquellas personas que no han logrado el abandono total del consumo, o solo han disminuido el mismo manteniéndose allí, pero con ganas de mejorar su estilo y calidad de vida **(32)**.

Los intervalos de las citas se realizan de acuerdo a la necesidad de cada paciente, teniendo en cuenta que mientras más intensivas, más fácil se llegan a los objetivos

de abstinencia (cada semana, cada 15 días, cada mes, cada dos meses, cada cuatro meses, dependiendo del caso); con un enfoque claro de tratamiento inicial más seguimiento, con interconsultas más paraclínicos pertinentes según la especialidad valorada y la particularidad del paciente **(15)(33)**; además, durante todo el proceso se tiene en cuenta el concepto de recaídas y reducción del daño (dando más cobertura a aquellos que no han logrado fácilmente la abstinencia total, sin dejarlos de lado en el programa).

Para implementar lo anterior, el centro de salud debe ser un espacio libre de humo (ni pacientes, ni acompañantes, ni el personal de atención deben fumar en las áreas de la institución), dicha unidad debe conocer la población consultante, hacer capacitaciones constantes de su personal, revalorar frecuentemente el costo-beneficio del programa, ingresar a los pacientes a una historia clínica electrónica con mejoría en la disponibilidad de datos, teniendo en cuenta los perfiles de aplicación, en estructura, en codificación, en formato de mensajes, en seguridad de datos, confidencialidad y autenticación y consentimiento informado; desarrollo del software con almacenamiento de la base de datos, encargada de concentrar la información del paciente y permitir el acceso a ella cuando sea necesario **(52)(53)(60)**.

Con esta estrategia se logra la asistencia presencial del paciente en 5 oportunidades, durante los 24 meses; el resto de atenciones se realiza desde la teleconsulta; logrando ampliar la cobertura del programa, beneficiando a los pacientes, evitando desplazamientos, inasistencias, dificultad en los accesos a las instituciones de salud, generando comodidad en la consulta con más adherencia y cumplimiento de metas de abstinencia total y/o reducción del daño **(9)(42)**.

8. CONCLUSIONES

Durante todo el proyecto, se observan las ventajas y desventajas de los programas de salud basados en la teleconsulta e implementados en la práctica clínica actual, la eficacia de estos modelos de atención, comparados con los presenciales y otros

modelos de captación virtual. Sin embargo, es necesario generar mayor conocimiento de la mano de la investigación científica y de esta manera mejorar la efectividad de los programas antitabaquismo en las personas, por medio de las herramientas que se han generado cada día con la evolución de la sociedad y la modernidad virtual. Aún siguen existiendo puntos de discrepancia que requieren de un análisis futuro en mayor profundidad; dada la reciente implementación de la teleconsulta; se recomienda investigar costo/efectividad de los programas y evaluar los indicadores de impacto.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. 2019 [citado 2021 jul. 26]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Quesada Laborda M, Carreras JM, Sánchez L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*. 2002 en. 15;14(1):65-77.
3. Alboksmaty A, Agaku IT, Odani S, Filippidis FT. Prevalence and determinants of cigarette smoking relapse among US adult smokers: a longitudinal study. *BMJ Open*. 2019 nov. 25;9(11):e031676.
4. Hughes JR, Peters EN, Naud S. Relapse to smoking after 1 year of abstinence: A meta-analysis. *Addict Behav*. 2008 dic.;33(12):1516-20.
5. Pichon-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu LM, Pinto MT, et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. *Rev Panam Salud Publica*. 2016 oct.;40(4):213-21.
6. Alba LH, Murillo RH, Becerra NA, Páez N, Cañas A, Mosquera CM, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia: guía de práctica clínica basada en la evidencia. *Biomédica* [Internet]. 2012 nov. 1[citado 2021 febr. 8];33(2). Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/651>
7. Gobierno de la República de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud, Observatorio de Drogas de Colombia, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013 [Internet]. Bogotá; 2014. [citado 2014 jul. 10]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
8. Martínez-Vispo C, López-Durán A, Senra C, Becoña E. Specific relapse predictors: could cognitive-behavioral treatment for smoking cessation be improved? *Int J Environ Res Public Health*. 2020 jun.17;17(12):4317.
9. Organización Mundial de la Salud. Marco de implementación de un servicio de telemedicina. Washington, D. C.; 2016.
10. Segrelles Calvo G, Godoy Mayoral R, Grupo de Tabaquismo de Neumomadrid. Telemedicina y otros programas innovadores aplicados al tratamiento del tabaquismo. *Rev Patol Respir*. 2019;22(4):157-67.

11. Torres Carvajal A. La entrevista motivacional en adicciones. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39 (supl. 1):171-87.
12. Carrasco-Hernández L, Jódar-Sánchez F, Núñez-Benjumea F, Moreno Conde J, Mesa González M, Civit-Balcells A, et al. A mobile health solution complementing psychopharmacology-supported smoking cessation: randomized controlled trial. *JMIR MHealth UHealth.* 2020 abr. 27;8(4):e17530.
13. Tanigawa T, Nomura A, Kuroda M, Muto T, Hida E, Satake K. Comparing telemedicine and face-to-face consultation based on the standard smoking cessation program for nicotine dependence: protocol for a randomized controlled trial [Internet]. *JMIR Res Protoc.* 2019 jul. 9 [citado 2021 jul. 15];8(7):e12701. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6647761/>
14. Alba LH, Murillo RH, Becerra NA, Páez N, Cañas A, Mosquera CM, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia: guía de práctica clínica basada en la evidencia. *Biomédica* [Internet]. 2012 nov. 1 [citado 2021 febr. 8];33(2). Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/651>
15. Ruiz Gómez F, Moscoso Casadiego MA, Burgos G, Cuéllar CM. Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. Bogotá; 2020.
16. West R. Tobacco smoking: health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health.* 2017 ag. 3;32(8):1018-36.
17. Carlson LE, Lounsberry JJ, Maciejewski O, Wright K, Collacutt V, Taenzer P. Telehealth-delivered group smoking cessation for rural and urban participants: Feasibility and cessation rates. *Addict Behav.* 2012 en.;37(1):108-14.
18. Peña Torres E, Durán JF. Que entre colores y sabores el tabaco no te enamore. Bogotá: Subdirección de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.; 2019
19. DANE. Boletín Técnico Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) 2019. Bogotá; 30 de julio de 2020.
20. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control.* 2018 en.;27(1):58-64.
21. RTI International, Secretaría del CMCT de la OMS, Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). 2019.
22. Vulovic V. Costos económicos del consumo de tabaco. Ficha técnica de Tobacconomics. Chicago, IL: Tobacconomics, Health Policy Center, Institute for Health Research and Policy, University of Illinois at Chicago; 2019.
23. Callaghan L, Yong H-H, Borland R, Cummings KM, Hitchman SC, Fong GT. What kind of smoking identity following quitting would elevate smokers relapse risk? *Addict Behav.* 2021 en.;112:106654.
24. Sánchez Hervás E, Tomás Gradolí V, Molina Bou N, Del Olmo Gurrea R, Morales Gallús E. Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones.* 2002 sept. 15;14(3):337-44.
25. National Behavioral Health Network For Tobacco and Cancer Control. Telehealth and tobacco: leveraging technology to extend tobacco treatment [internet]. S. f. [citado 2021 ag. 15]. Disponible en: <https://www.bhthechange.org/wp-content/uploads/2020/05/Telehealth-and-Tobacco-Cessation-resources-v1-0501420.pdf>

26. Merianos AL, Fevrier B, Mahabee-Gittens EM. Telemedicine for tobacco cessation and prevention to combat COVID-19 morbidity and mortality in rural areas. *Front Public Health*. 2021 en.18;8:598905.
27. González-Roz A, Secades-Villa R, Pericot-Valverde I, Weidberg S, Alonso-Pérez F. Effects of delay discounting and other predictors on smoking relapse. *Span J Psychol*. 2019;22:E9.
28. Gaviria A, Correa L, Dávila C, Burgos G, Osorio E. Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
29. Iglesias EB, Tomás MC, Pérez EJP, Hermida JRF, Fernández LC, González MPB, et al. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Madrid: Socidrogalcohol; 2007.
30. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. 3.^a ed. [Internet]. American Psychological Association; 2012 [citado 19 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://doi.apa.org/getpe-doi.cfm?doi=10.1037/e686332012-001>
31. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Am J Prev Med*. 2008 ag.;35(2):158-76.
32. Castaño G. Reducción de daños asociados al consumo de drogas. Medellín: Universidad CES; s. f..
33. Pereiro Gómez C, editor. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Madrid: Socidrogalcohol; 2010.
34. Nakajima M, al'Absi M, Dokam A, Alsoofi M, Khalil NS. An examination of the fagerström test for nicotine dependence among concurrent tobacco and khat users. *J Psychoactive Drugs*. 2012 nov. 1;44(5):437-41.
35. Clemente Jiménez M, Rubio Aranda E, Pérez Trullén A, Marrón Tundidor R, Herrero Labarga I, Fuertes Fernández-Espinar J. Determinación de la dependencia nicotínica en escolares fumadores a través de un test de Fagerström modificado. *An Pediatría*. 2003;58(6):538-44.
36. Ley 1419 de 2010 de 13 de diciembre, por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia (Diario Oficial 47.922 de 13-12-2010).
37. Santana R, Aranha TR, Garrido S, Lima C, Cardoso C. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 2022 de febr.];42:e84. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49154>
38. Matiz Camacho H. El futuro de la medicina con equidad en Colombia: la telemedicina. *Rev Col Cardiol* [Internet]. 2007 febr. [citado 2021 jun. 26];14(1):1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000100001&lng=en.
39. González D, Fernández M, Valdés A, Pozo L, Hernández D. Sistema de teleconsulta médica. *RCIM*. 2012;4(1):65-80.
40. Organización Mundial para la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Teleconsulta durante una pandemia. *Salud digital* [Internet]. 2020 [citado 2021 dic. 3]. Disponible en: <https://www3.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>
41. Liebmann EP, Preacher KJ, Richter KP, Cupertino AP, Catley D. Identifying pathways to quitting smoking via telemedicine-delivered care. *Health Psychol*. 2019 jul.;38(7):638-47.
42. Correa-Díaz AM. Avances y barreras de la telemedicina en Colombia. *Rev Fac Derecho Cienc Polit*. 2017;47(127):361-82.
43. American Academy of Family Physicians. Tobacco cessation telehealth guide [Internet]. S. f. [citado 2021 oct. 15]. Disponible en:

https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/tobacco/tobacco-cessation-telehealth-guide.pdf

44. Molfenter T, Brown R, O'Neill A, Kopetsky E, Toy A. Use of telemedicine in addiction treatment: current practices and organizational implementation characteristics. *Int J Telemed Appl*. 2018 mar.;2018:1-7.
45. Byaruhanga J, Paul CL, Wiggers J, Byrnes E, Mitchell A, Lecathelinais C, et al. Connectivity of real-time video counselling versus telephone counselling for smoking cessation in rural and remote areas: an exploratory study. *Int J Environ Res Public Health*. 22 de abril de 2020;17(8):2891.
46. Jiang S, Wu L, Gao X. Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addict Behav*. 2017 oct.;73:216-35.
47. Rabius V, Pike KJ, Hunter J, Wiatrek D, McAlister AL. Effects of frequency and duration in telephone counselling for smoking cessation. *Tob Control*. 2007 dic. 1;16(supl. 1):i71-4.
48. Alcántara CJ, Bambs SC. Nuevas tecnologías en el tratamiento del tabaquismo. *Rev Chil Enferm Respir*. 2017 sept.;33(3):201-3.
49. Mak YW, Lee PH, Loke AY. Predictors of participation in a telephone-based Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation study. *BMC Public Health*. 2015 dic. 23;15(1):1288.
50. López C, Closa C, Lucas E. Telemedicina en rehabilitación: necesidad y oportunidad post-COVID. *Rehabilitación*. octubre de 2020;54(4):225-7.
51. E, Musin A, Fernández E, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit*. 2002;16(4):308-17.
52. Fernández M, Hernández R. Telemedicina: ¿futuro o presente? *Rev Haban Cienc Med*. 2010;9(1)127-39.
53. Haluza D, Saustingl M, Halavina K. Perceptions of practitioners on telehealth and app use for smoking cessation and COPD Care—An exploratory study. *Medicina (Kaunas)*. 2020 dic. 15;56(12):698.
54. Jaramillo NL, Jaramillo PAC, Montoya D, Ruiz C. Protocolo de telemedicina para la consulta psiquiátrica. *Rev Ing Bioméd*. 2019;3(5):43-49.
55. Litewka S. Telemedicina: un desafío para América Latina. *Acta Bioethica [Internet]*. 2005 [citado 2021 jul. 14];11(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2005000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
56. Guillén Pinto EP, Ramírez López LJ, Estupiñán Cuesta EP. Análisis de seguridad para el manejo de la información médica en telemedicina. *Cienc Ing Neogranad*. 2011 dic. 1;21(2):57-89.
57. Carreras Castellet JM, Maldonado Aróstegui B, Quesada Laborda M, Sánchez Sánchez B, De la Puerta IN, Sánchez Agudo L. Tratamiento por teléfono del tabaquismo. Factores predictivos de éxito. *Med Clínica*. 2012 mar.;138(6):242-5.
58. Serna LFC, Guerrero CED, Bernal GB. programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. febrero de 2017;74.
59. Marín Rodrigo. Monografía patología dual. Elizabeth Cuevas; 2017.
60. Véjar M. L. Orientaciones para desarrollar programas de tabaquismo. *Rev Chil Enferm Respir*. 2017 sept.;33(3):190-2.