

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PROBLEMA DE SALUD
GES N°90: CESACIÓN DEL CONSUMO DE
TABACO EN PERSONAS DE 25 AÑOS Y MÁS**

DECRETO 2025 – 2028

División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
2025

Tabla de contenidos

Tabla de contenidos	2
Responsabilidad técnica	3
Coordinación y edición	3
Colaboradores	3
1. Introducción	5
2. Objetivo general	6
3. Alcance	6
4. Población Objetivo	6
5. Garantía	6
6. Criterios de acceso a las prestaciones garantizadas	6
7. Consideraciones diagnósticas	7
7.1 . Requisitos generales.....	7
7.2 . Requisitos específicos.....	7
8. Consideraciones de tratamiento	8
8.1 Tratamiento farmacológico.....	8
8.2. Tratamiento no farmacológico.....	10
8.3. Consideraciones para el seguimiento	13
8.4. Consideraciones para el abordaje del síndrome de abstinencia,,,,	14
9. Proceso de atención	17
10. Referencias	22
11. Anexos	24
Anexo 1. Test de Fagerström.	24

Responsabilidad técnica

María Soledad Martínez Gutiérrez	Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Carolina Neira Ojeda	Jefa de Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Coordinación y edición

Natalia Burattini Fredes	Enfermera y Magíster en Salud Pública, Profesional Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Carolina Neira Ojeda	Enfermera Matrona y Magíster en Administración en Salud, jefa de Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Paula Silva Mendoza	Kinesióloga y Magíster en Salud Pública, Profesional Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Celso Muñiz Becerra	Psicólogo. Encargado Oficina Nacional de Tabaco, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Colaboradores

María José Cañas Román	Enfermera, Oficina Nacional de Tabaco, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Daniela Cortés Vidal	Químico Farmacéutico, Departamento de Cuidados Integrales en Salud, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
Alondra Lagos Marchant	Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica, Departamento de Cuidados Integrales en Salud, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
Carolina Lara Díaz	Kinesióloga, Departamento de Cuidados Integrales en Salud, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
Carolina Mendoza Van der Molen	Cirujano Dentista, jefa del Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Ricardo Molina Arteaga	Kinesiólogo, Departamento de Cuidados Integrales en Salud, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Marcela Rivera Medina	Médica especialista en Medicina Familiar, Departamento de Cuidados Integrales en Salud, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
Stefano Vaccaro Meza	Médico residente de Medicina Familiar. Universidad de Chile.

1. Introducción

El consumo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo modificables asociados a enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes. A pesar de los avances normativos y sanitarios implementados en Chile, su prevalencia continúa siendo elevada y representa un desafío prioritario para la salud pública. A nivel nacional, se ha constatado que una parte importante de la población adulta continúa consumiendo tabaco, con niveles preocupantes de dependencia y baja tasa de cesación efectiva, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los servicios de salud para su abordaje sistemático (1).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, un 32,5% de la población chilena reportó fumar actualmente, con un 24,5% que fuma a diario y un 8% en forma ocasional. De quienes fuman diariamente, un 47,5% manifestó haber intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses. Además, un 22% de las personas fumadoras presenta alta dependencia a la nicotina (2), lo cual, sumado a la temprana edad de inicio, contribuye a la mantención del consumo durante décadas.

Fumar tabaco incluye el uso de cigarrillos, cigarros, puros, pipas, pipas de agua, bidis, picadura fina para fumar, krekets y cualquier otra forma de tabaco fumado (3). Se considera "fumador actual" a toda persona que fuma diariamente (fumador diario) o que lo hace ocasionalmente (fumador no diario) (2). La alta dependencia, se puede definir por la conducta de fumar el primer cigarrillo dentro de los primeros 60 minutos después de despertarse, lo que indica una necesidad fisiológica urgente de nicotina. Este indicador es parte del cuestionario de dependencia de Fagerström (Anexos

Anexo 1) y se asocia a una mayor dificultad para abandonar el hábito sin apoyo especializado, justificando su priorización (4).

El consumo de tabaco, además de generar dependencia, tiene un fuerte impacto negativo en la salud de la población. Por ello, disminuir su prevalencia es un objetivo de impacto de la Estrategia Nacional de Salud, que contempla entre sus metas la implementación de programas de tratamiento del tabaquismo en los sistemas de salud (5). Asimismo, la cesación del consumo está alineada con compromisos sanitarios nacionales e internacionales, como la Ley Nacional del Cáncer (6) y el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (7).

Las intervenciones antitabaco son costo-efectivas y deben ser realizadas en cualquier momento de la atención en salud y durante todo el curso de vida, dado que el cese del consumo genera beneficios en la salud a cualquier edad (8). Cada contacto con el sistema de salud representa una oportunidad para intervenir, especialmente considerando la persistencia del consumo en el tiempo cuando no se trata adecuadamente (9).

Con el fin de contribuir a la reducción de la carga de enfermedad asociada al consumo de tabaco, el Ministerio de Salud (MINSAL) incluye a contar del 01 de diciembre del 2025 la cesación del consumo de tabaco en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). El presente documento pretende contribuir a la implementación de una atención eficaz y oportuna a las personas de 25 años y más que sean fumadoras actuales, presenten alta dependencia a la nicotina y manifiesten intención de dejar de fumar, en el contexto del modelo de atención integral vigente.

2. Objetivo general

Otorgar lineamientos a los equipos de salud que orienten abordaje de las personas de 25 años y más que sean fumadoras con alta dependencia y que manifiesten la intención de dejar de fumar, en el contexto del nuevo problema de salud GES N.º 90

3. Alcance

Profesionales de salud y equipos y clínicos gestores que participan en la atención de personas que fuman y que cumplen con los criterios de acceso

4. Población Objetivo

Personas de 25 años y más que sean fumadoras con alta dependencia y que manifiesten la intención de dejar de fumar

5. Garantía

Garantías de acceso	Todo beneficiario de 25 años y más con alta dependencia y en etapa de preparación o acción para el abandono del consumo de tabaco: i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
Garantías de oportunidad	Tratamiento i. El tratamiento farmacológico se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
Protección financiera	Según decreto vigente del periodo. Para esta versión de los lineamientos se incluye dos grupos de prestaciones principales (GPP): i. Tratamiento farmacológico para el apoyo al cese del consumo de tabaco ii. Tratamiento no farmacológico para el apoyo al cese del consumo de tabaco

6. Criterios de acceso a las prestaciones garantizadas

A partir del 1 de diciembre de 2025, toda persona de 25 años y más que fuma actualmente, tiene alta dependencia, y declara la intención de cesar el consumo, podrá acceder al tratamiento farmacológico y no farmacológico en la atención primaria, conforme a lo establecido en el presente documento.

7. Consideraciones diagnósticas

Para tener acceso a las prestaciones garantizadas se debe tener las siguientes consideraciones diagnósticas como requisito los siguientes criterios, los cuales están definidos para asegurar que las intervenciones se focalicen en quienes presentan mayor riesgo, disposición al cambio y se beneficien más de las intervenciones:

7.1. Requisitos generales

1. Tener 25 años y más.
2. Ser persona fumadora actual.
3. Presentar alta dependencia a la nicotina, determinada por la prueba de Fagertröm que debe ser aplicada por un profesional de salud. (Anexo 1)
4. Tener intención de dejar de fumar:

La persona debe haber manifestado al menos un intento previo de dejar de fumar en los últimos 12 meses, lo que evidencia motivación y apertura al cambio. Además, debe encontrarse en la etapa de preparación o acción, según el Modelo de Cambio de Conducta de Prochaska y DiClemente (10), es decir, con disposición activa a iniciar un tratamiento y modificar su comportamiento en el corto plazo. En la Figura 1 se otorgan orientaciones para determinar esta etapa.

5. Consumo exclusivo de tabaco fumado:

Este problema de salud se restringe exclusivamente a quienes consumen tabaco por vía fumada, lo que incluye cigarrillos industriales, cigarros, puros, pipas, picadura fina, pipas de agua, krekets, entre otros. No se incluyen dentro de este problema de salud las personas que consumen productos de nicotina a través de sistemas electrónicos de administración de nicotina o sin nicotina (como los cigarrillos electrónicos, vapeadores o dispositivos de tabaco calentado), ya que estos no forman parte del objetivo de este grupo de prestaciones garantizadas ya que la evidencia respecto de efectividad de tratamiento está documentada solo para tabaco tradicional y no existe respaldo aún que permita sustentar un tratamiento para la cesación de cigarrillos electrónicos.

7.2. Requisitos específicos

1. Las personas con patologías psiquiátricas compleja ¹, deben estar en tratamiento de dicha condición y estar compensadas antes de iniciar el tratamiento de cesación tabáquica. Para ello, el

¹ Patología Psiquiátrica compleja: son aquellas que requieren evaluación y manejo especializado, generalmente en un nivel secundario o terciario de atención, debido a su gravedad, riesgo vital o funcional, o por la necesidad de intervenciones farmacológicas y psicosociales avanzadas. Ejemplos: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; Trastorno Bipolar; Trastornos de personalidad graves principalmente límite de personalidad; Trastornos alimentarios severos; Depresiones graves o recurrentes; patologías con comorbilidad dual (adicción + trastorno mental).

médico tratante de esta patología de salud mental deberá otorgar la indicación para dicho tratamiento.

2. No tener contraindicaciones al uso de la terapia farmacológica. Estas contraindicaciones se detallan en el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y serán determinadas en la evaluación médica.

8. Consideraciones de tratamiento

Las personas que cumplan con las consideraciones diagnósticas antes descritas podrán tener acceso a tratamiento farmacológico y no farmacológico

8.1 Tratamiento farmacológico.

Bupropión^{2,3,4}

Mecanismo de acción: antidepresivo monocíclico que actúa inhibiendo la recaptación de noradrenalina (NA) y dopamina (DA) en determinadas áreas del cerebro. Aún no se conoce cómo actúa exactamente para el abandono del tabaquismo, pero se cree que es en parte por su efecto en los niveles de DA y NA.

Dosis: 150 a 300 mg al día.

Forma farmacéutica recomendada: comprimido de liberación prolongada.

Indicación: se debe iniciar el fármaco los primeros 5-7 días previos al "Día D".

- Días 1 al 3, se administra una dosis de 150 mg en la mañana.
- Día 4 en adelante, se agrega la segunda dosis de 150 mg, la que debe administrarse como máximo 8 horas después de la primera dosis para evitar el riesgo de insomnio.

La duración recomendada del tratamiento es de 12 semanas para efecto de este problema de salud. Si aparecen efectos secundarios puede disminuirse la dosis a 150 mg/día, sin perder eficacia terapéutica.

Para desescalar en la dosis y retirar el fármaco, se recomienda disminuir a 150 mg/día durante los dos a tres días previos del término del tratamiento, antes de retirarlo completamente.

Precauciones: se debe usar con precaución en personas con mayor riesgo de convulsiones, personas con antecedentes de consumo problemático de alcohol o cocaína, o uso de otros fármacos como benzodiacepinas, antipsicóticos, antidepresivos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos o antihistamínicos sedantes, o inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). En personas mayores y/o con insuficiencia hepática o renal o diabetes, también se debe tener precaución. Se ha visto que por el uso concomitante de bupropión y parches de nicotina hay un aumento de la incidencia de hipertensión arterial, por lo que se debe tener cuidado con esta asociación en personas que tienden al alza de su presión.

² Hajizadeh A, Howes S, Theodoulou A, Klemperer E, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023;5(5):CD000031. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000031.pub6>

³ US Preventive Services Task Force. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* [Internet]. 2021;325(3):265–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.25019>

⁴ BUPREDOL Comprimidos Recubiertos de Liberación Prolongada [Internet]. *Colegiofarmaceutico.cl*. [cited 2025 Sept 16]. Available from: <https://www.colegiofarmaceutico.cl/MFT/PRODUCTO/P9665.HTM>

Efectos secundarios: la dosis recomendada de 300 mg/día es generalmente bien tolerada. Aproximadamente un 10% de los pacientes deben suprimirlo por los efectos secundarios. Los efectos más frecuentes son insomnio (frecuencia de un 30-45% en los que usan 300 mg/día), sequedad de boca (5-15%) y náuseas.

Manejo de efectos secundarios y ajuste de dosis:

- Insomnio: si el insomnio persiste o es disruptivo, se puede considerar la reducción de la dosis a 150 mg una vez al día, preferiblemente en la mañana. También se pueden sugerir medidas de higiene del sueño no farmacológicas.
- Sequedad de boca y náuseas: estos efectos suelen ser transitorios y pueden aliviarse con medidas de soporte (ej. sorbos de agua frecuentes, caramelos sin azúcar para la sequedad bucal; comidas ligeras y frecuentes para las náuseas).
- Criterios para la disminución de la dosis: en caso de que los efectos secundarios sean persistentes o intolerables a la dosis de 300 mg/día, se debe evaluar la disminución de la dosis a 150 mg/día, destacando que esta reducción no compromete significativamente la eficacia terapéutica para la cesación.
- Derivación y seguimiento: si los efectos secundarios son severos o no se manejan con las estrategias anteriores, o si son detectados por miembros del equipo no médico, la persona deberá ser derivada a consulta médica para ajustar el tratamiento según se requiera. Se debe realizar una evaluación continua de la tolerancia al tratamiento y posibles reacciones adversas.

Contraindicaciones: se excluyen del tratamiento farmacológico todas las personas que presenten:

- Antecedentes de convulsiones o epilepsia, ya que el bupropión incrementa el riesgo de convulsiones.
- Trastornos alimentarios previos o actuales (bulimia o anorexia nerviosa), porque estos aumentan la susceptibilidad a convulsiones.
- Trastorno afectivo bipolar (puede precipitar un episodio maniaco).
- Historia de traumatismo craneal importante, tumores del sistema nervioso central o trastorno bipolar, por el mayor riesgo de efectos adversos neuropsiquiátricos y convulsiones.
- Embarazo y lactancia.
- Alergia o hipersensibilidad a bupropión o a cualquiera de sus excipientes.

Interacciones:

	Bupropión
--	-----------

Antipsicóticos	↑ niveles del antipsicótico (p. ej., risperidona, haloperidol) → vigilar efectos extrapiramidales, sedación, hipotensión; considerar ↓ dosis del antipsicótico si aparecen efectos adversos (EA). Además, ↓ umbral convulsivo (riesgo aditivo).
Antidepresivos	↑ niveles de antidepresivos (p. ej., paroxetina, venlafaxina) → considerar ↓ dosis y monitorizar EA (náuseas, agitación, HTA). Riesgo convulsivo aditivo con tricíclicos
Teofilina	No se espera cambio consistente de niveles , pero hay riesgo aditivo de convulsiones ; vigilar signos de toxicidad (náuseas, temblor, taquicardia).
Tramadol	↑ riesgo de convulsiones (ambos ↓ umbral convulsivo). Además ↓ formación del metabolito activo de tramadol → ↓ analgesia pero ↑ riesgo de EA
Quinolonas	↑ riesgo de convulsiones por efecto proconvulsivante aditivo (p. ej., ciprofloxacino). Usar con precaución en antecedentes de convulsiones.
Corticoides sistémicos	A dosis altas los corticoides pueden ↓ umbral convulsivo → riesgo aditivo con bupropión; usar la menor dosis eficaz y monitorizar.
Antihistamínicos sedantes	↑ sedación/efecto anticolinérgico y ↓ umbral convulsivo (aditivo). Usar con precaución.
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	Contraindicado. Riesgo de reacciones hipertensivas y neurotoxicidad. Esperar ≥14 días entre IMAO y bupropión.

Fuente: elaboración propia. 1.- Fava M, Rush AJ, Thase ME, et al. 15 years of clinical experience with bupropion HCl: from bupropion to bupropion SR to bupropion XL. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(3):106-113. doi:10.4088/pcc.v07n0305[PubMed [16027765](#)] 2.- Gray KM, Baker NL, McClure EA, et al. Efficacy and safety of varenicline for adolescent smoking cessation: a randomized clinical trial [published online October 14, 2019]. *JAMA Pediatr*. 2019. [PubMed [31609433](#)] 3.- Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, et al. Initiating pharmacologic treatment in tobacco-dependent adults. An official American Thoracic Society (ATS) clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(2):e5-e31. doi:10.1164/rccm.202005-1982ST [PubMed [32663106](#)]

8.2. Tratamiento no farmacológico

Las intervenciones deben ser realizadas por profesionales sanitarios con instrucción en técnicas motivacionales y cognitivo-conductuales, según la disponibilidad y organización local. Estas pueden ser individuales y grupales dependiendo de las necesidades de la persona que cumple criterios de acceso a este problema de salud.

Se recomienda que el profesional cumpla con:

- Capacitación formal en Intervención Breve, Entrevista Motivacional y/o técnicas cognitivo-conductuales.
- Habilidades en manejo de personas con dependencia nicotínica, incluyendo evaluación del grado de dependencia (ej. test de Fagerström) y valoración del estadio de cambio.
- Experiencia en consejería estructurada y acompañamiento conductual, con capacidad para desarrollar plan terapéutico consensuado, fijación de metas y seguimiento sistemático.
- Competencias comunicacionales empáticas y respetuosas, preservando el rol educativo

tradicional de la atención primaria y promoviendo una relación terapéutica basada en confianza, contención y continuidad.

Diseño de las intervenciones:

- Sesiones grupales:
 - La modalidad grupal permite reunir personas que tienen un objetivo común, lo que contribuye a la motivación de los participantes, multiplica las actitudes y genera sostén emocional.
 - Duración: 2 horas cronológicas.
 - Cantidad de personas: mínimo 2, máximo 15.
 - Composición del grupo: cerrada (esto se puede adecuar según características de la población objetivo).
 - Se sugiere programar las sesiones grupales en horarios que faciliten el acceso a las personas, de acuerdo con las características que tenga esta población.
 - La realización del trabajo grupal se define en un mismo horario y día a la semana para hacerlo de forma permanente de acuerdo con las necesidades del grupo.
 - No se recomienda realizar actividades grupales basadas en presentaciones expositivas. En su lugar, se fomentan actividades interactivas, discusiones facilitadas, intercambio de experiencias y estrategias de afrontamiento entre los participantes, ejercicios prácticos de desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales (ej. role-playing para situaciones de riesgo), y el uso de materiales didácticos participativos.

- Sesiones individuales:
 - Duración: 40 minutos.
 - Elegir esta instancia si hay casos de personas:
 - Que presenten condiciones médicas complejas.
 - Con deterioro cognitivo significativo, con incapacidad o dificultad para comprender y participar en dinámicas grupales.
 - Con dificultad para cumplir con las normas y procedimientos del grupo.
 - Que no logre adherir a las instancias grupales.

Respecto a algunas herramientas para el desarrollo de las sesiones individuales y grupales se recomienda que aborden:

- Inicio: integración o introducción, estableciendo un ambiente de confianza y explicando el objetivo de la sesión.
- Desarrollo sesión: discusión y atención de áreas específicas, exploración de experiencias personales con buenos resultados en intentos previos de cesación, identificación de fortalezas personales, facilitadores y oportunidades de cambios conductuales; aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.
- Cierre sesión: síntesis para discutir respecto a las conclusiones clave de la sesión, establecer compromisos o tareas para el hogar, y preparar para la siguiente sesión.

Contenidos:

1. Periodo de preparación para dejar de fumar (sesiones 1 y 2):
 - Realizar en las dos semanas previas a la definición del día de abandono (Día D).
 - Construcción de un clima de confianza.
 - Conocimiento de las características de la dependencia al tabaco.

- **Discusión sobre las consecuencias del consumo de tabaco:** Se debe considerar el abordaje de temáticas específicas referida a riesgos para la salud y consecuencias del consumo de tabaco incluyendo impactos familiares. Esta temática reporta una alta efectividad en intervenciones grupales. Las consecuencias deben ser adaptadas a los contextos específicos de las personas participantes.
 - **Desarrollo de habilidades de autoeficacia a través de la identificación y manejo de situaciones riesgosas:** cada participante debe trabajar en la identificación de situaciones, emociones o conductas rutinarias que pueden desencadenar ansias de fumar, la que debe ser acompañada de estrategias para afrontarlas. Diseñar previamente estrategias de resolución de problemas y habilidades para modificar las situaciones es un aspecto relevante.
2. Periodo de acción (sesiones 3 y 4):
- **Definición del “día de abandono”:** Establecimiento de fecha para dejar de fumar (Día D), para generar un aumento en la motivación y compromiso en el proceso, así como para dar inicio al tratamiento farmacológico (si corresponde).
 - **Desarrollo de habilidades de afrontamiento y autocontrol:** Entregar herramientas que permitan retrasar la acción de fumar frente al impulso. La distracción, ejercicios de respiración, el consumo de agua y el reemplazo de cigarrillos por un objeto o actividad se convierten en una herramienta importante. Entrenar respuestas para manejar la presión social constituye un recurso esencial.
 - **Manejo de la abstinencia y prevención de recaídas:** Informar sobre la sintomatología de abstinencia para favorecer su reconocimiento y formar estrategias para afrontarlo. Incorporando además acciones para responder a recaídas, en vías de preparar a la persona ante el término de las intervenciones grupales.
 - **Educación sobre el uso de fármacos:** Instruir respecto del uso adecuado de medicamento para incrementar las tasas de éxito.
3. Periodo de mantención (sesiones 5 y 6).
- **Valoración de los beneficios de dejar de fumar:** estrategias que permiten identificar y explorar las ganancias al dejar de fumar en términos individuales y sociales (ahorro de dinero, indicadores de mejoría en la salud, etc.).
 - **Refuerzos positivos de acciones y logros:** utilizar acciones como reconocimiento grupal puede aumentar no solo la motivación individual, sino que también la tasa de éxito.
 - Proyección de la abstinencia en el tiempo.

Intervenciones para personas ambivalentes:

Aplicar los principios de la Entrevista Motivacional, fomentando la exploración de la propia motivación al cambio por parte del usuario (11).

- Expresar empatía:
 - Preguntar, ¿qué ocurriría si usted dejara de fumar?
 - Resumir y reformular las respuestas: “entiendo que usted cree que el cigarro le ayuda a no subir de peso”.
 - Validar sentimientos y preocupaciones: “muchas personas se preocupan de cómo dejar de fumar”.

- Apoyar la autonomía: “Usted dice que no está listo para dejar de fumar ahora, pero cuando sí lo esté, podemos ayudarlo”.
- Desarrollar las discrepancias:
 - Identificar y relevar la discrepancia entre conducta actual y las prioridades, valores u objetivos: “Se nota que usted es muy apegado a su familia. ¿Cómo cree que el tabaco afecta a sus hijos?”.
 - Construir y profundizar en el compromiso de cambio: “Nos gustaría ayudarlo a evitar una diabetes, como la que sufrió su madre”.
- Lidar con la resistencia:
 - Ante la presencia de resistencia, reformular: “Veo que se siente muy presionado para dejar de fumar”
 - Ofrezca información de apoyo: “¿le gustaría conocer otras estrategias para ayudarlo a dejar de fumar?”.
- Apoyar la autoeficacia:
 - Ayudar a la persona a identificar y construir sobre logros anteriores. “Veo que la vez anterior que dejó de fumar le fue bien”.
 - Ofrecer alternativas para lograr pasos hacia el cambio, por ejemplo, cambios patrones de fumar, como no fumar dentro de la casa o eliminar ceniceros.

Utilizar nemotecnia PARS para realizar la entrevista motivacional, la cual integra las habilidades fundamentales para fomentar el cambio:

- **Preguntar:** utilizar preguntas abiertas para invitar a la persona a explorar sus pensamientos, sentimientos y percepciones sobre el consumo de tabaco y el cambio. Esto facilita la obtención de información valiosa y fomenta la autoexploración.
- **Afirmar:** reconocer y validar los esfuerzos, fortalezas, recursos y progresos de la persona. Esto construye confianza, refuerza la autoeficacia y motiva a continuar el proceso de cambio. Por ejemplo: "Ha realizado intentos previos de dejar de fumar y lo ha logrado por periodos prolongados, lo que habla muy bien de su capacidad para planificar un cambio de estilo de vida".
- **Reflejar:** realizar reflexiones (o parafraseos) de lo que la persona expresa para demostrar escucha activa, clarificar su mensaje y permitirle profundizar en sus propias declaraciones. Esto ayuda a la persona a escuchar sus propios pensamientos desde una perspectiva externa y a explorar sus ambivalencias. Por ejemplo: “entiendo, de esta manera usted ha utilizado el cigarro como una herramienta de socialización”.
- **Sintetizar:** recopilar los puntos clave de la conversación para resumir el progreso, identificar las ambivalencias y reforzar los argumentos de la persona para el cambio. La síntesis ayuda a la persona a organizar sus pensamientos y a ver el panorama general de su proceso.

8.2 Consideraciones para el seguimiento

El programa finaliza al cumplir 12 semanas de tratamiento de cesación por cada persona, una vez la persona haya asistido a la última sesión de tratamiento no farmacológico y haya completado el tratamiento farmacológico. Posterior a ello se contempla un seguimiento telefónico realizado por los mismos profesionales sanitarios que realizaron las intervenciones. También podrá ser realizado por técnico de enfermería de nivel superior.

La primera llamada telefónica se realizará al 1er mes de culminado el tratamiento de cesación, luego, al 3er, 6to y 12mo mes de dicho cierre. Para facilitar esta actividad, se recomiendan los siguientes aspectos:

- Contemplar una semana como rango de tiempo para realizar y concretar la llamada telefónica.
- Un intento de llamado contempla insistir al menos 2 o 3 veces si la persona no contesta.
- Si al realizar tres o más intentos formales durante la semana, no se logra contacto con la persona, se sugiere aplicar otros mecanismos de rescate, de acuerdo con la factibilidad local.
- Si no se logra contacto en dos semanas consecutivas, a pesar de haber aplicado otras estrategias de rescate, retomar el seguimiento telefónico en el siguiente periodo de evaluación.

El seguimiento telefónico debe ser realizado sobre la base de un protocolo establecido a nivel local, cuyo fin sea:

- Evaluar la adherencia farmacológica, los efectos secundarios de esta y su necesidad de continuación según la respuesta de esta.
- Valorar la abstinencia.
- Proporcionar apoyo conductual y refuerzo motivacional.
- Reforzar la prevención y abordaje del síndrome de abstinencia.
- Identificar señales de alerta.

Valoración de la abstinencia:

- Puntual: no ha fumado en los 7 días previos al momento de realizar el seguimiento.
- Continua: no ha fumado de forma continua en los últimos 30 días, 3, 6 y 12 meses de finalizado el tratamiento.

8.3 Consideraciones para el abordaje del síndrome de abstinencia^{5, 6, 7, 8}.

El deseo intenso de fumar junto a la sensación de malestar durante la cesación del tabaco es uno de los principales síntomas del síndrome de abstinencia y un predictor importante de recaída.

El abordaje de la abstinencia debe comenzar con la educación de la persona acerca del reconocimiento de estos síntomas (tipo, aparición y progresión de estos):

1. La persona que inicia este tratamiento puede presentar síntomas de abstinencia entre 4 y 24 horas después del último cigarrillo, alcanzando su punto máximo aproximadamente al tercer día y disminuyendo gradualmente durante las 3 o 4 semanas siguientes. Además, debe considerar que estos síntomas pueden persistir de manera intermitente durante meses o años, particularmente frente a situaciones de estrés o contextos que la misma persona asocia al consumo de tabaco.

⁵ Ghahremani DG, Faulkner P, M Cox C, London ED. Behavioral and neural markers of cigarette-craving regulation in young-adult smokers during abstinence and after smoking. *Neuropsychopharmacology*. 2018 Jun;43(7):1616-1622. doi: 10.1038/s41386-018-0019-7. Epub 2018 Feb 5. PMID: 29472643; PMCID: PMC5983538.

⁶ BELLO S SERGIO, FLORES C ALVARO, BELLO S MAGDALENA, CHAMORRO R HAYDÉE. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev. chil. enferm. respir.* [Internet]. 2009 [citado 2025 Ago 26] ; 25(4): 218-230. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482009000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482009000400003>.

⁷ McLaughlin I, Dani JA, De Biasi M. Nicotine withdrawal. *Curr Top Behav Neurosci* [Internet]. 2015;24:99-123. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-13482-6_4

⁸ Rigotti NA, Kruse GR, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Treatment of tobacco smoking: A review: A review. *JAMA* [Internet]. 2022;327(6):566-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2022.0395>

2. Los síntomas que puede experimentar el paciente pueden ser:
- Urgencia o deseo intenso de fumar.
 - Pensamientos intrusivos y repetitivos sobre fumar.
 - Imágenes sensoriales vividas, como puede ser el sabor u olor del cigarrillo.
 - Malestar emocional relacionado con irritabilidad o ansiedad.
 - Atención aumentada frente señales relacionadas con el consumo de tabaco (actividades que antes relacionaba con el consumo, lugares, personas fumando, entre otras).
 - Dificultad para concentrarse.
 - Insomnio.
 - Aumento del apetito.
 - Alteraciones del estado de ánimo
 - Alteraciones del tránsito digestivo (asociados al cese de tabaco o el uso de chicles comunes con sorbitol).

Se debe explicar a las personas que, dependiendo del momento del día esta sintomatología y su intensidad puede variar. Por ejemplo, durante la mañana podrían experimentar un malestar mayor relacionado con una mayor dependencia y el consiguiente riesgo de recaída. Reconocer esta sintomatología y hacer la correcta asociación con la abstinencia que involucra componentes afectivos, cognitivos y sensoriales es un claro objetivo terapéutico para las intervenciones de cesación tabáquica.

Otra estrategia de abordaje del síndrome de abstinencia es la identificación de gatillantes de deseo de fumar. La persona debe aprender a identificar situaciones, estados mentales o actividades que aumenten el riesgo de recaída como, por ejemplo: situaciones que le provoquen estrés psicosocial, ir a lugar donde haya otras personas que fumen, el consumo de alcohol, etc.

La identificación de estos gatillantes debe ir acompañada del desarrollo de habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas para mitigar dichas situaciones de riesgo:

- Aprender a anticiparse.
- Evitar situaciones gatillantes: buscar zonas libres de humo de tabaco, pedir a familia y amistades no fumar
- Aprender estrategias cognitivas que reduzcan estados de ánimo adversos.
- Trabajar en el cambio de los estilos de vida que reduzcan el estrés (p. ej.: ejercicio físico, como caminar), mejoren la calidad de vida y reduzcan la exposición a gatillantes.
- Aprender estrategias cognitivo-conductuales para enfrentar la urgencia por fumar:
 - Distracción cognitiva (p. ej.: hacer una lista de pendientes y ejecutarla).
 - Distracción conductual (p. ej.: participar en actividades repetitivas, como tejer, escuchar música, dibujar, etc.).
 - Evitar pensamientos catastróficos del futuro (p. ej.: visualizarse a sí mismo como una persona no fumadora, pensar que con el tiempo se hará más fácil).
- Pedir ayudar y hablar con una persona de confianza ante la presencia de estos síntomas.
- Trabajar la asertividad.
- Mascar chicle, tomar agua o comer una fruta.
- Recapitular acerca de lo que motivó principalmente a la persona a dejar de fumar y pensar en los beneficios logrados (mejora en la salud, ahorro de dinero, etc.).

Se pueden aplicar algunas estrategias de relajación y manejo del estrés, como parte del apoyo al tratamiento de cesación del tabaco, tales como ejercicios de respiración o meditación.

9. Proceso de atención

Para los beneficiarios de FONASA, la implementación de los lineamientos GES se efectuará según el modelo de atención definido para la red asistencial pública. En el caso de los beneficiarios de ISAPRE, serán los seguros de salud los encargados de conformar su propia red de prestadores para asegurar el cumplimiento de la garantía.

El problema de salud GES N°90 contempla únicamente un conjunto de prestaciones priorizadas y garantizadas, que constituyen una parte del abordaje integral de la persona con intención de dejar de fumar. No obstante, el presente lineamiento amplía dicha perspectiva, incorporando un enfoque integral de atención para las personas que desean dejar de fumar, en coherencia con la cartera de prestaciones del Modelo de Salud Familiar implementado en la Atención Primaria de Salud.

El consumo de tabaco puede ser identificado en toda de atención en salud⁹, por cualquier profesional o técnico del equipo sanitario. En esta etapa, se debe aplicar un tamizaje que permita identificar posibles casos, aplicando los modelos ABC¹⁰, 5A y 5R¹¹, etc., o bien utilizando herramientas como el ASSIST. El tamizaje incluye realizar una consejería mínima o breve. Además, se debe definir si la persona cumple con los criterios de inclusión (descritos en los requisitos de acceso) y de ser pertinente derivarla a evaluación médica.

⁹ Examen de medicina preventiva (EMP), control de salud integral del adolescente, control gestacional, control de enfermedades crónicas, controles odontológicos, consultas de morbilidad médica, odontológicas y de otros profesionales, acciones dirigidas a la comunidad fuera del establecimiento de salud, entre otras.

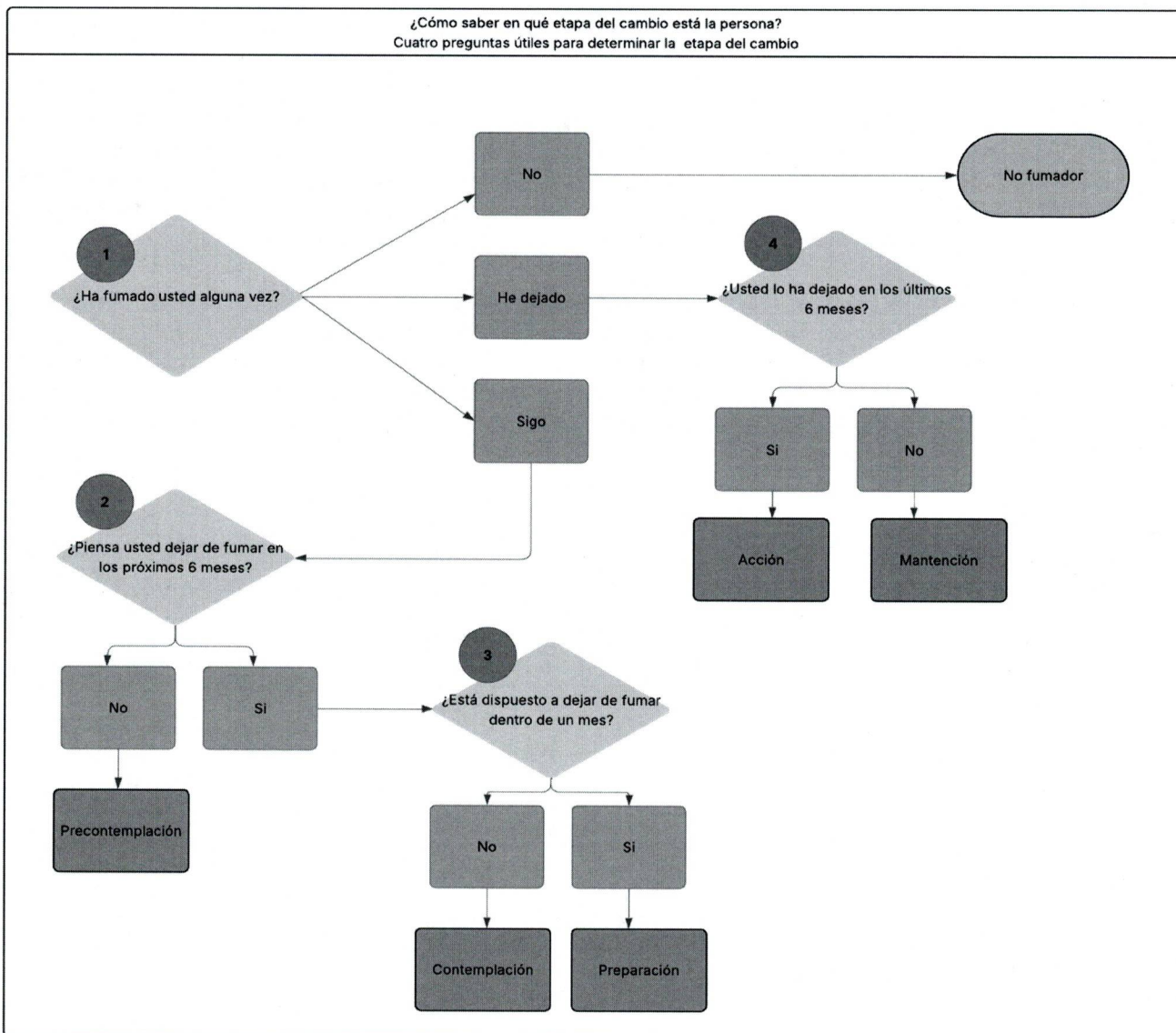
¹⁰ Ministerio de Salud de Chile. MÓDULO 4: MODALIDADES DE INTERVENCIÓN PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR. MODELO ABC DE LA CESACIÓN. https://www.eligenofumar.cl/wp-content/uploads/2015/04/MODULO-4_descargable.pdf

¹¹ Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco a nivel de la atención primaria, OPS-OMS.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52793/9789275322451_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Para determinar la etapa del cambio conductual, se sugiere la siguiente estrategia:

Figura 1. Identificación de las etapas de cambio de conducta.



Fuente: Ministerio de Salud. Curso Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco, 2015. Disponible en: https://eligenofumar.cl/wp-content/uploads/2015/04/Articulos_Unidad_3-2.pdf

Es importante recalcar que, aunque la persona no cumpla con los criterios de inclusión (p.ej. se encuentre en otras etapas de cambio conductual o no tiene alta dependencia a la nicotina), si manifiesta que fuma se le debe realizar igualmente una consejería mínima o breve.

Si la persona cumple con los criterios de inclusión, debe ser derivada a una evaluación médica para que determine o no, el inicio de tratamiento farmacológico con bupropión (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**), el cual tendrá una duración de 12 semanas. Esta evaluación médica puede otorgarse a

través de una consulta de morbilidad, control integral (ECICEP) o control de patología crónica (cardiovascular, respiratoria), según disponibilidad y organización local. Debe incluir:

- Evaluación general: caracterización del consumo de tabaco, cálculo del índice paquete/año (IPA)^{12 13}, evaluación física, uso de otros fármacos, comorbilidades, contraindicaciones o precauciones con el uso del fármaco a indicar.
- Determinación de la dependencia física a la nicotina.
- Evaluación de la motivación para el cambio de conducta.

Simultáneamente, se derivará a intervenciones no farmacológicas, compuestas por seis sesiones que pueden desarrollarse de manera individual o grupal, donde se aplicarán técnicas motivacionales y cognitivo-conductuales. Estas sesiones se deben realizar durante las 12 semanas que dura el tratamiento farmacológico. Las intervenciones deben ser realizadas por equipos multidisciplinarios. Se priorizarán las sesiones de carácter grupal. En los casos en que la persona no presente un perfil adecuado para este o exprese explícitamente que no desea participar en intervenciones grupales, se considerará la atención individual como alternativa.

Al iniciar el tratamiento, se recomienda explicar a las personas de qué se tratará el programa de intervención, el tipo de actividades en las que participará, el número de sesiones y su modalidad, el tiempo de duración del programa y que al finalizar se le realizarán llamadas telefónicas de seguimiento. En este proceso, se debe definir con la persona el Día "D", o el día en que ella se compromete a dejar de fumar, el que debe ser 5 a 7 días después de iniciado el tratamiento farmacológico y el que debe coincidir con las sesiones 3 y 4 del tratamiento no farmacológico.

La duración total del tratamiento —incluyendo intervenciones farmacológicas y no farmacológicas— será de 12 semanas. Durante este período, el médico junto al equipo tratante deberá evaluar la tolerancia al tratamiento, posibles reacciones adversas y signos de abstinencia. Si estas condiciones son detectadas por miembros del equipo no médico, la persona deberá ser derivada a consulta médica para ajustar el tratamiento según se requiera. Se recomienda además realizar controles médicos al primer mes de iniciado el tratamiento farmacológico, luego al segundo mes y al finalizar dicho tratamiento.

En caso de que la persona interrumpa su asistencia o rechace las prestaciones garantizadas del tratamiento no farmacológico, podrá continuar con el tratamiento farmacológico, asegurando su continuidad terapéutica hasta completar las 12 semanas establecidas.

Al finalizar las 12 semanas de tratamiento garantizado, el GES debe ser cerrado y se comenzará con el seguimiento del proceso de cesación tabáquica en los siguientes plazos: al 1°, 3°, 6° y 12° mes post término. Este seguimiento podrá efectuarse tanto de forma presencial como telefónica, pudiendo ser realizado por cualquier profesional o técnico de nivel superior del equipo. Se recomienda a los equipos locales la elaboración de un protocolo local para guiar la implementación del seguimiento.

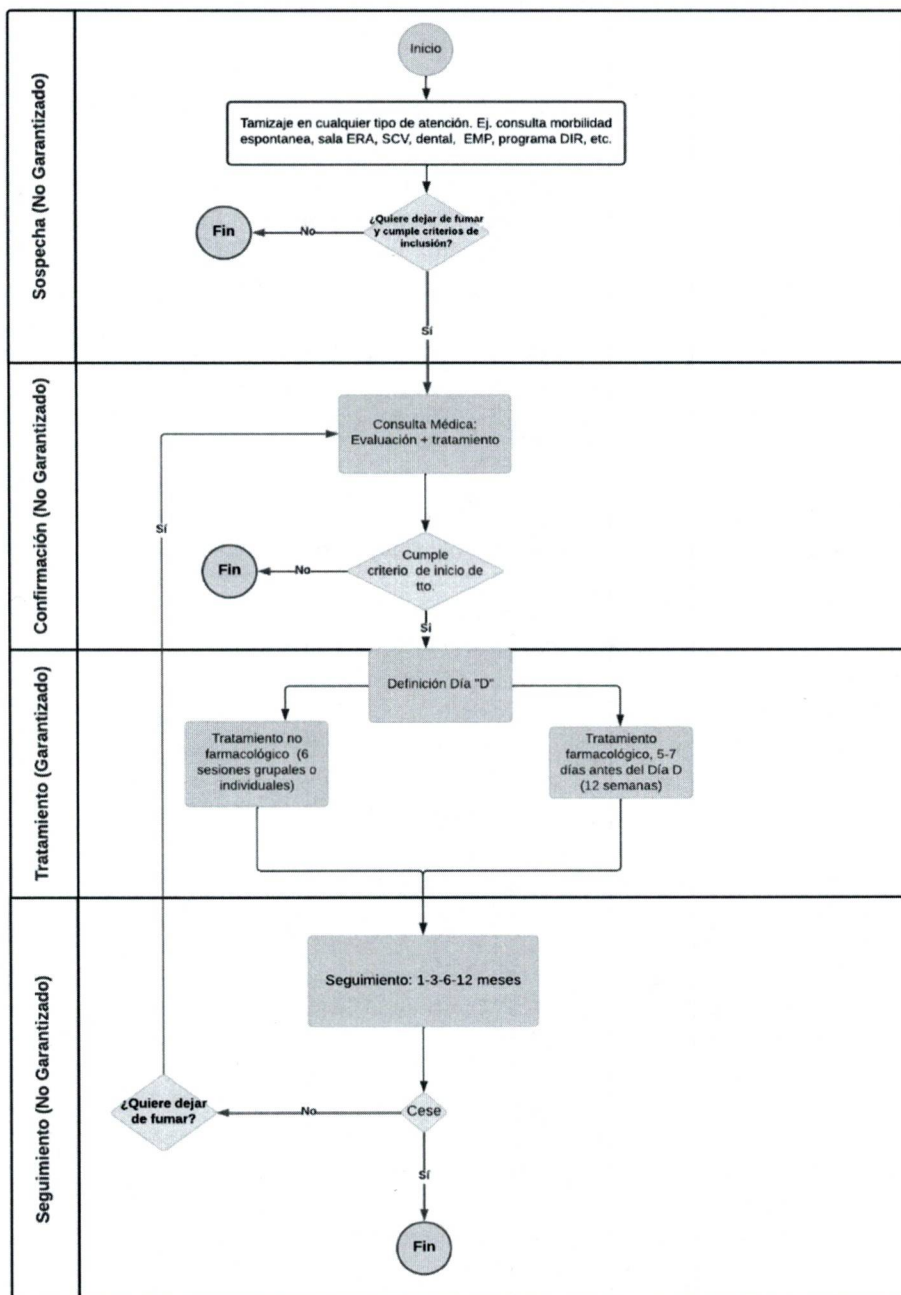
Se debe recomendar a aquellas personas que presenten una recaída, con regreso al patrón habitual de consumo de tabaco, pero que quieren dejar de fumar, iniciar nuevamente las intervenciones

¹² Ministerio de salud. MÓDULO 3: DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LA PERSONA FUMADORA https://www.eligenofumar.cl/wp-content/uploads/2015/04/MODULO-3_descargable.pdf

¹³ Juan Diego Álvarez Mavárez, Rosa Mariela Mirambeaux Villalona, Beatriz Raboso Moreno, Gonzalo Segrelles Calvo, Eva Cabrera César, Eva Belén de Higes-Martínez, Preguntas y respuestas en tabaquismo, Open Respiratory Archives, Volume 5, Issue 1, 2023 <http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10369620/>

farmacológicas y no farmacológicas de cesación de tabaco, iniciando un nuevo GES para el beneficiario. En ese sentido, se requiere una nueva evaluación médica para el reinicio del tratamiento farmacológico.

Figura 2. Flujo de atención para la cesación del consumo de tabaco en personas de 25 años y más.



Fuente: Elaboración propia. Adaptado del protocolo para la implementación del programa piloto de cesación tabáquica en APS, desarrollado en 2018.

9. Referencias

1. Pichon-Riviere A, Bardach A, Cairoli FR, Casarini A, Espinola N, Perelli L, et al. Health, economic and social burden of tobacco in Latin America and the expected gains of fully implementing taxes, plain packaging, advertising bans and smoke-free environments control measures: a modelling study. *Tob Control*. 1 de septiembre de 2024;33(5):611-21.
2. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Consumo de tabaco [Internet]. 2024 [citado 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/05/Informe-ENS-2016-17-Consumo-de-Tabaco.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Compendio de indicadores del CMCT de la OMS [Internet]. 2015 [citado 14 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://fctc.who.int/es/resources/publications/m/item/who-fctc-indicator-compendium>
4. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
5. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. 2022 [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
6. Ministerio de Salud. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1149004>. 2020 [citado 2 de junio de 2025]. Ley 21258 Crea la Ley Nacional del Cáncer. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
7. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/convenio-marco-oms-para-control-tabaco>
8. Carreras Castellet J, Quesada Laborda M, Sánchez Agudo L. Tratamiento del tabaquismo en personas mayores. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2 de marzo de 2001;36:36-44.
9. World Health Organisation. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults [Internet]. 2024 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>
10. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot*. 1 de septiembre de 1997;12(1):38-48.
11. Bello S S, Flores C A, Bello S M, Chamorro R H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2009;25(4):218-30.

10. Anexos

Anexo 1. Test de Fagerström.

Test de Fagerström

Nº	Pregunta	Respuesta	Puntaje
1	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos.	0
		11 a 20.	1
		20 a 30.	2
		31 a más.	3
2	¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 15 minutos.	3
		Cerca de 30 minutos.	2
		Cerca de 60 minutos.	1
		Más de 60 de minutos.	0
3	¿Fuma más en las mañanas?	Sí	1
		No	0
4	¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido? (hospitales, cines, bibliotecas, entre otros)	Sí	1
		No	0
5	¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero del día.	1
		Cualquier otro	0
6	¿Fuma aunque esté enfermo y tenga que pasar la mayor parte del tiempo en cama?	Sí	1
		No	0
Puntaje total:			

Evaluación de la Dependencia Física

- Cantidad de cigarrillos.
- Tiempo transcurrido entre despertarse y el 1er cigarrillo.

Grado de adicción a la nicotina

Puntaje: 0 – 2 Dependencia MUY BAJA
3 – 4 Dependencia BAJA
5 Dependencia MODERADA
6 – 7 Dependencia ALTA
8 – 10 Dependencia MUY ALTA