



CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
11^a Generación

2014-2015

Reporte de investigación

Para obtener el Diploma y Cédula de Especialidad para el Tratamiento
de las Adicciones

**“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO CONTRA EL TABAQUISMO EN UNA
MUESTRA ÚNICA EN PACIENTES DEL CIJ”**

PRESENTA

DR. JAVIER GARCÍA RODRÍGUEZ

ASESOR

MTRO. IVÁN HUERTA LOZANO



CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

11^a Generación

2014-2015

Reporte de investigación

Para obtener el Diploma y Cédula de Especialidad para el Tratamiento
de las Adicciones

“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO CONTRA EL TABAQUISMO EN UNA
MUESTRA ÚNICA EN PACIENTES DEL CIJ”

PRESENTA

DR. JAVIER GARCÍA RODRÍGUEZ

ASESOR

MTRO. IVÁN HUERTA LOZANO

Indice

Antecedentes y marco teórico	6
Definición y epidemiología del tabaquismo en México y el mundo	8
Complicaciones e impacto socioeconómico del tabaco	10
Evaluación del paciente con tabaquismo	12
Tratamiento del paciente con tabaquismo	14
Terapia cognitivo-conductual	15
Uso de la terapia cognitivo-conductual en el tabaquismo	16
Adherencia terapéutica	26
Sistema de monoaminas y nicotina	28
Antecedentes	33
Justificación	35
Planteamiento del problema	36
Hipótesis	37
Objetivos	37
Material y métodos	38
Resultados	47
Discusión	55
Conclusiones	56
Estrategias para mejorar la adherencia en el tratamiento contra el tabaquismo	57
Consideraciones finales	60
Referencias	62
Anexo	68

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

Antecedentes: El tabaquismo es uno de los problemas mas serios de salud a nivel nacional y mundial que aumenta el riesgo de padecer y morir por enfermedades crónico-degenerativas y cáncer, que además genera importante alteración de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como importantes pérdidas económicas. Por lo tanto, es importante contar con estrategias de manejo eficientes de este problema de salud.

Objetivo: Determinar el grado de cumplimiento de asistencia a la terapia cognitivo-conductual de pacientes de la clínica antitabaquismo Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México y los factores asociados al éxito de abstinencia de tabaco a las 10 semanas.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental en 20 pacientes de la clínica antitabaquismo del CIJ Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México. Tras invitar a los pacientes a participar y previa firma de carta de consentimiento bajo información, se realizaron 10 sesiones de terapia cognitivo-conductual, evaluándose la asistencia y la abstinencia en cada sesión. Se obtuvo además información sociodemográfica, clínica y de hábitos tóxicos y actividad física de los participantes. El análisis estadístico se realizó en SPSS v. 22 para Mac con estadística descriptiva e inferencial. La t de Student se utilizó como prueba inferencial para variables cuantitativas y la X^2 para cualitativas. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: La edad promedio de 55.8 ± 12.9 años, el 50% (n=10) de los participantes eran femeninos y el 50% masculinos. Los pacientes iniciaron a fumar a los 24.9 ± 9.3 años. El tiempo promedio de fumar de los pacientes fue de 31.3 ± 15.6 años. El índice tabáquico promedio de los pacientes fue 18.7 ± 12.9 paquetes/año. La asistencia a la terapia cognitivo-conductual fue de 90% a la primera sesión, 70% en la segunda y tercera sesión, de 50% en la cuarta sesión, de 30% en la quinta sesión y de 35% en la décima sesión, para un promedio de

asistencia de 49%. El 45% de los pacientes nunca dejaron de fumar; sólo el 15% logró una abstinencia sostenida a partir de la 4ª sesión. La tasa de éxito final fue de 25%. Los pacientes que dejaron de fumar tuvieron significativamente mayor edad (63.4 ± 5.3 versus 53.3 ± 13.9 años) y mayor número de asistencias a las sesiones (9.2 ± 1.1 versus 3.5 ± 2.9), $p < 0.05$.

Conclusiones: El cumplimiento con la asistencia a la terapia cognitivo-conductual fue bajo. La edad y un alto promedio de asistencia a las sesiones se asociaron con éxito de la terapia cognitivo-conductual.

MARCO TEÓRICO

Definición y epidemiología del tabaquismo en México y en el mundo

Se conoce como tabaquismo al acto de inhalar y exhalar el humo de la combustión del tabaco.

El consumo de tabaco es un problema de Salud Pública de escala mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es la segunda de muerte en el mundo. El consumo de tabaco provoca 1 de cada 6 muertes por enfermedades crónicas y es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. El tabaquismo es la principal causa prevenible de mortalidad a nivel global y si continúan las tendencias actuales, esta cifra se prevé que aumente a más de ocho millones de muertes al año en el 2030 (1-3).

Actualmente, del total de muertes a nivel mundial, alrededor de 845,000 ocurren en Latinoamérica, y se estima que para 2030 las muertes superarán los 8 millones. De las muertes proyectadas para el 2013, se estima que 8 de cada 10 fallecimientos ocurrirán en los países en vías de desarrollo, como México y otros de Latinoamérica (4).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de tabaquismo en adultos del continente americano, es muy variable entre países. Con prevalencias entre 35 y 39.9% en Chile, de 30-34.9% en Bolivia, de 25-29.9% en Argentina, Uruguay y Estados Unidos de Norteamérica, de 20-24% en Ecuador, Paraguay y Canadá, de 15-19.9% en México, Venezuela, Brasil y Colombia, y de 10-14.9% en Belice, Guatemala y El Salvador. (5)

El tabaquismo es, además, un factor causal de primer orden, tanto en hombres como en mujeres de cáncer como de laringe, esófago, boca, vejiga, pancreas, mama, cervix, etc. Diversos trastornos cardiovasculares , como la cardiopatía

isquémica, los accidentes cerebrovasculares y las arteriopatías periféricas , tienen también una relación etiológica directa con el consumo del tabaco. Finalmente no puede olvidarse la repercusión del hábito tabáquico sobre el embarazo, el parto y puerperio, ni el impacto de la exposición involuntaria al humo de un fumador pasivo. (52)

En México, los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002, reveló que casi 14 millones (26.4%) de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad eran fumadoras activas. A pesar de que se observa con claridad un incremento del número total de fumadores, de 9 millones en 1988 a casi 14 millones en 2002, la prevalencia mostró un discreto aumento, de 25.8% en 1988 a 26.4% en 2002. (6)

En el 2002, la prevalencia de fumadores adultos de 18 a 65 años de edad era de 30.2% (12.9 millones) en el área urbana y en el área rural de 16.6% (2.2 millones). Por género el 45.3% de hombres adultos y el 18.4% de las mujeres del área urbana eran fumadores. Mientras que en el área rural, el 32.3% de hombres y el 4.2% de las mujeres eran fumadores. (7)

El 40.8% de los fumadores del área urbana son jóvenes de 18 a 29 años de edad. En el área rural, el 28.8% de fumadores son del grupo de 18 a 29 años y el 27.1% del grupo de edad de 50 a 65 años. (7)

Se estima que, el consumo de tabaco impacta negativamente la economía familiar e implica pérdida de productividad laboral, mortalidad prematura y elevados costos para el sector salud. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, la prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes en los años 2000, 2006 y 2012 fue del 9.7%, 7.6% y 9.2%, respectivamente. La prevalencia del consumo de tabaco entre personas adultas en los años 2000, 2006 y 2012 fue del 22.3%, 19% y 19.9%, respectivamente. En ambos grupos de edad predomina el consumo en el sexo masculino (8,9).

Datos la última Encuesta Nacional de Adicciones (2011) señalan que en México 48 millones de mexicanos están expuestos a los daños que produce el tabaco, es decir casi la mitad de la población; 18 millones de personas son fumadores pasivos y el resto son fumadores activos. Alrededor de 13 millones de mexicanos entre 12 y 65 años fuman (27.7%), es decir, alrededor de 9 millones de hombres y 4 millones de mujeres. Del total de fumadores un millón son menores de edad y 72% de ellos empezó antes de los 18 años (10).

De acuerdo a estimaciones del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 118 personas mueren diariamente en México a causa del tabaquismo y se gastan anualmente 61,252 millones de pesos cada año para tratar los problemas de salud provocados por el tabaco. Se estima que el 8.4% de todas las muertes en mexicanos, se deben al tabaquismo y con la implementación de medidas preventivas podrían evitarse 43,246 muertes por año. Se estima que cada año, mueren 11,449 personas por enfermedades cardiacas atribuibles al tabaco, 10,664 por EPOC, 6,035 por cáncer pulmonar, 5,154 por otros cánceres, 4,975 por tabaquismo pasivo, 3,218 por enfermedad cerebrovascular y 1,730 por neumonía. (11,12)

Además, se estima que cada año 16,408 personas son diagnosticadas con cáncer como resultado de tabaquismo, 94,033 presentan un infarto relacionado al tabaquismo y se pierden anualmente alrededor de 1,081,206 años de vida por la muerte prematura y discapacidad provocadas por el tabaco. (11,12)

Complicaciones e impacto socioeconómico del tabaquismo

El tabaquismo está asociado al desarrollo de múltiples enfermedades y la magnitud de esta asociación es proporcional a la intensidad y duración de la exposición al tabaco. Los fumadores tienen una menor esperanza de vida y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco, como

enfermedades isquémicas del corazón, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otros (13).

Las complicaciones más frecuentes del tabaquismo son:

- 1) *Aumento de la mortalidad general*: El 50% de los pacientes fumadores fallecerá por alguna enfermedad relacionada al tabaco. Además, se reconoce que los pacientes fumadores tienen una menor esperanza de vida (14).
- 2) *Enfermedades cardiovasculares*: Son responsables por alrededor del 33% de las muertes. El tabaquismo favorece el desarrollo de hipertensión arterial sistémica, síndromes coronarios agudos, insuficiencia cardíaca y enfermedades cerebrovasculares (15).
- 3) *Neoplasias malignas*: El tabaquismo promueve el desarrollo de múltiples neoplasias malignas como el cáncer colorectal, cáncer renal, cáncer hepático, cáncer vesical, cáncer pulmonar, cáncer laríngeo, cáncer de páncreas, cáncer cérvicouterino, cáncer gástrico, etc. (16).
- 4) *Enfermedades pulmonares*: Es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades pulmonares como la EPOC (17).
- 5) *Infecciones*: El tabaquismo aumenta el riesgo de infecciones pulmonares como tuberculosis, neumonía neumocócica, legionelosis e influenza, etc. (18-19).
- 6) *Diabetes*: Contribuye al desarrollo a la resistencia a la insulina (20).
- 7) *Osteoporosis y fracturas de cadera*: Acelera la pérdida de la densidad mineral ósea y es un factor importante para el desarrollo de fracturas de cadera (21).

Actualmente, se sabe que las intervenciones para dejar de fumar, que incluyen tanto el asesoramiento como los medicamentos, son de elevado costo en comparación con otras prácticas comúnmente aceptadas en la prevención de salud. Un estudio examinó varias estrategias para dejar de fumar con y sin reemplazo de nicotina y en base a las diferencias publicadas de éxito y de mortalidad para fumadores y no fumadores se calculó un costo aproximado de \$2,587 dólares al año por cada año neto ganado de vida. Un segundo estudio examinó a los pacientes fumadores de una clínica anti-tabaco en una sola institución en la cual se completó una consulta inicial de 60 minutos y seis sesiones vespertinas de dos horas dedicadas a dejar de fumar. La cohorte fue seguida por un año, y en base a las tasas de abandono y las tasas de mortalidad publicadas por edad, sexo, tabaquismo y otros factores se calculó un costo de \$6,828 dólares por año neto ganado de vida. Ambas estimaciones son mucho más favorables que los números de otras intervenciones comunes. Por ejemplo, el tratamiento de la hipertensión leve cuesta aproximadamente \$24,000 dólares por año neto ganado de vida (22-24).

Tan solo en el periodo 2006-2009, el IMSS erogó 143.9 millones de pesos atribuibles al tabaquismo como subsidio por incapacidad. La productividad perdida atribuible al tabaquismo en asegurados del IMSS ascendió a 298.2 millones de pesos y a 437.8 millones de pesos en población ocupada del país en el mismo período (8).

Evaluación del paciente con tabaquismo

Las Guías de Servicios Preventivos de Salud y las Guías de Práctica Clínica recomiendan que los médicos pregunten a todos los pacientes sobre el consumo de tabaco y proporcionen información sobre intervenciones para el abandono de éste (en aquellos pacientes fumadores) en cada visita médica. Esta práctica ha demostrado aumentar la probabilidad de que el paciente discuta con el médico la

posibilidad de abandonar el tabaco, así como de aumentar las tasas de abandono del hábito de fumar (25-28).

En pacientes con tabaquismo activo la evaluación médica completa incluye obtener información acerca de la frecuencia de uso del tabaco, los productos utilizados, el grado de dependencia a la nicotina, la historia de intentos anteriores de abandono (incluyendo métodos utilizados y su eficacia), y la disposición de los fumadores a dejar de fumar en ese momento. La dependencia a la nicotina puede estimarse a partir de la duración del tabaquismo, el número de cigarrillos fumados diariamente, y qué tan pronto después de despertarse el fumador tiene necesidad de consumir su primer cigarrillo del día (29).

El grado de dependencia del fumador a la nicotina predice la dificultad que tendrá para dejar de fumar, así como el tipo de tratamiento que probablemente requerirá. Por lo general, los fumadores más dependientes comienzan a fumar a una edad más temprana, han fumado durante muchos años, fuman más cigarrillos al día y fuman dentro de los primeros 30 minutos después de despertar (29-30).

También es importante preguntar a los pacientes acerca del tabaquismo intermitente ya que más del 20% de los fumadores son “fumadores no-diaris” y suelen no identificarse a sí mismos, como fumadores crónicos cuando se les pregunta. Además, se debe obtener información sobre el uso de productos alternativos de tabaco como cigarrillos electrónicos, pipas, chicles, etc. A menudo, los pacientes consideran (erróneamente) que estos productos alternativos de tabaco conllevan o implican poco o ningún riesgo para la salud del paciente (6).

También, el médico debe preguntar a las personas que no utilizan de manera activa el tabaco sobre la exposición pasiva al humo de tabaco. El tabaquismo pasivo se asocia con un mayor riesgo de enfermedad coronaria y cáncer de pulmón en comparación con adultos no fumadores. Se debe preguntar a los

pacientes no fumadores si viven con alguna persona fumadora y si a ésta fuma dentro de la casa, el coche o lugar de trabajo (6).

Tratamiento del paciente con tabaquismo

Se estima que aproximadamente el 70% de los pacientes fumadores tienen el deseo de abandonar el tabaco e incluso hasta el 50% de éstos reportan haber intentado dejar el tabaco en el último año. Sin embargo, apenas el 3-6% de los pacientes que hacen un esfuerzo real por dejar el tabaco se mantienen sin fumar un año después. Solamente el 32% de los pacientes que intentan abandonar el tabaco buscan ayuda profesional e incluso un porcentaje aún más bajo logra emplear los tratamientos más efectivos. Con el tratamiento óptimo, la tasa de éxito de abandono del tabaco a 1 año puede alcanzar el 30% (4, 13).

El síndrome de abstinencia a la nicotina se presenta en aquellos pacientes con mayor dependencia a la nicotina. Es causa frecuente del fracaso al abandono al tabaco ya que la nicotina produce una dependencia física y tolerancia en el consumidor. Éste síndrome se caracteriza por un cuadro de aumento de apetito, ganancia de peso, cambios en el estado de ánimo, insomnio, irritabilidad, ansiedad, sueño no reparador, etc. que se presenta en los primeros días tras abandonar el tabaco y que puede durar hasta 3-4 semanas. Los síntomas se pueden aliviar con el manejo farmacológico (28, 31).

Los pacientes que deseen abandonar el tabaco deberán ser manejados con una combinación de tratamientos conductuales y farmacológicos. Ambos métodos son efectivos y los mejores resultados se obtienen cuando son combinados. Las opciones en el tratamiento son (32-33):

- 1) **Tratamiento conductual (cognitivo-conductual):** Es una opción que ha demostrado ser efectiva. Además de la terapia presencial, pueden ser útiles los programas que utilizan consejos y refuerzos telefónicos.

- 2) **Tratamiento farmacológico:** La terapia farmacológica de primera línea incluye medicamentos de acción central como la vareniclina y el bupropión, así como la terapia de reemplazo con nicotina. Estos medicamentos han demostrado ser efectivos.
- 3) **Terapias alternativas:** Incluyen los programas de acupuntura e hipnosis, así como aquellos que ofrecen recompensas económicas por abandonar el tabaco. Existe evidencia contradictoria acerca de la efectividad de estos tratamientos.

Los pacientes deben tener un seguimiento estrecho durante por lo menos los primeros 3 meses después de haber abandonado el tabaco, ya que se ha observado que es el periodo donde existen más recaídas por tabaquismo (34).

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitiva es una forma directa de psicoterapia basada en la interpretación de situaciones (estructura cognitiva de experiencias) que determinan cómo un individuo se siente y se comporta. Se basa en la premisa de que la cognición, el proceso de adquisición de conocimientos y la formación de creencias, es un determinante principal del estado de ánimo y el comportamiento. Esta forma de terapia utiliza técnicas conductuales y verbales para identificar y corregir los pensamientos negativos que condicionan la conducta aberrante (1).

Las terapias cognitivas y conductuales pueden ser utilizadas individualmente o en combinación como un programa de intervenciones conocidas como la terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual incluye: educación, ejercicios de relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y/o la formación asertiva (35).

En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda al paciente a identificar y corregir sus creencias distorsionadas y desadaptativas. Utiliza ejercicios de pensamiento o experiencias reales para facilitar la reducción de los síntomas y mejorar el funcionamiento. Esto puede ocurrir a través del aprendizaje, a través de disminución de la reactividad a la exposición repetida a un estímulo, o a través de otros mecanismos (35).

Los pacientes para quienes la terapia cognitivo-conductual funciona mejor son generalmente personas muy motivadas que valoran una estrategia enfocada en resolver problemas, porque la terapia requiere que el paciente aprenda las habilidades de auto-observación. Los pacientes aprenden habilidades cognitivas y de comportamiento y las practican dentro y fuera del entorno de la terapia (35).

La terapia cognitiva-conductual es un tratamiento basado en la evidencia que se utiliza en una gran cantidad de trastornos psiquiátricos como la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, trastornos de la alimentación y el trastorno obsesivo compulsivo, así como en una serie de condiciones médicas como insomnio, tabaquismo y lumbalgia, entre otros (35).

Uso de terapia cognitivo-conductual en tabaquismo

La mayoría de los estudios demuestran un aumento en las tasas de abandono al tabaco con apoyo de la terapia cognitivo-conductual. Se deben de ofrecer al paciente las intervenciones más intensivas disponibles, tales como las clínicas de antitabaquismo ó los programas para dejar de fumar. Algunos países, incluido México, tienen líneas de ayuda telefónica gratuita que proporcionan apoyo de seguimiento y asesoramiento como complemento a la intervención médica. Otras opciones de consejo conductual para el manejo del tabaquismo incluyen: programas informáticos, mensajes de texto, intervenciones basadas en la Web y aplicaciones de teléfono (36).

Los programas de asesoramiento más eficaces generalmente utilizan técnicas cognitivo-conductuales como autocontrol y reducción gradual de la ingesta de cigarrillos, preparando al paciente para abandonar el tabaco en una fecha muy bien definida: "fecha para dejar de fumar." Sin embargo, algunos fumadores pueden optar por dejar de fumar abruptamente. Después de dejar de fumar, las técnicas cognitivo-conductuales para la prevención de recaídas se utilizan con la finalidad de mantener la abstinencia (36).

Algunas estrategias utilizadas durante la terapia cognitiva-conductual que permiten mejorar las tasas de abandono del tabaco son (37):

- a) *La identificación de factores desencadenantes:* El fumador debe entrenarse para identificar situaciones, estados internos, o actividades que puedan aumentar el riesgo de fumar o de recaídas. Los desencadenantes comunes incluyen: situaciones de estrés, estar alrededor de otros fumadores, el consumo de alcohol, etc. Los médicos o miembros del equipo multidisciplinario de las clínicas antitabaquismo pueden ayudar a los fumadores a identificar los factores desencadenantes y planificar la mejor estrategia de afrontamiento.

- b) *Entrenamiento de habilidades para resolver problemas:* Una vez que las situaciones de peligro han sido identificados, se deben practicar las habilidades para hacer frente a tales situaciones (afrontamiento). La resolución de problemas es un proceso de generación de respuestas y de evaluar y seleccionar una solución. Estas habilidades incluyen estrategias cognitivas y conductuales que reducen los estados de ánimo negativos, el aprender a evitar la tentación y la implementación de cambios en el estilo de vida (por ej. mejorar el sueño, realizar actividad física) para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida. Si bien no hay una estrategia de afrontamiento 100% eficaz, estas estrategias parecen ser útiles en la práctica clínica.

c) *El manejo del estrés y estrategias de relajación:* El estrés es una barrera comúnmente reportada para dejar de fumar y mantener la abstinencia. Si un paciente identifica el estrés como un disparador importante, las estrategias de manejo del estrés (por ej. respiración profunda, visualización guiada, relajación muscular progresiva, meditación breve o estiramiento) pueden ser de utilidad. Los médicos deben invitar y enseñar a los pacientes a ser conscientes de sus síntomas de estrés (por ej. tensión muscular, irritabilidad, dificultad para concentrarse, beber) y a poner en práctica las estrategias aprendidas para contrarrestar el estrés y evitar fumar.

El tratamiento de los pacientes contempla una valoración médica y la inclusión de los pacientes en un programa de terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual consiste en 10 sesiones grupales que combinan valoraciones, monitoreo, enseñanza e implementación de estrategias de afrontamiento para facilitar la abstinencia al tabaco, según se describe a continuación (51):

- *Primera sesión:* los integrantes del grupo expresan las características de su adicción y expectativas del tratamiento, con lo cual se establece el pronóstico y se inicia el registro de consumo.

En este momento se van a realizar algunas pruebas con la intención de iniciar la evaluación de cada posible miembro del grupo para comprobar algunos aspectos de cara a establecer el momento en el que se encuentra cada uno de ellos. En definitiva, es una forma de ir conociendo a los miembros del grupo antes de comenzar el tratamiento, sentando las bases sobre algunos conceptos que se tratarán en cada sesión. Por ello, en este momento se utilizarán diferentes herramientas de evaluación inicial como la entrevista psicológica personal el Test de Fagerström para evaluar el grado de dependencia y el de Motivación para dejar

de fumar del hospital Henri Modor. (53)

En referencia al compromiso personal con el proceso, es importante comprender que lo que se pretende no es únicamente conseguir un objetivo a medio-largo plazo, sino ser conscientes de que esto es un camino que hay que ir recorriendo poco a poco, con sus dificultades, sensaciones, sentimientos, emociones, etc., y que el compromiso no es con un terapeuta o con unos familiares, sino con uno mismo. Para todo ello es imprescindible no centrarse únicamente en asistir a las citas y realizar las tareas que se proponen en cada sesión una vez a la semana, sino en ser capaces de tener la suficiente constancia y fuerza para desenvolverse en un proyecto que va a ocupar todos los días de la semana, siendo conscientes de que lo que se haga en esos momentos va a ser lo que marque la consecución de los objetivos específicos y del general, que es dejar de fumar.

Con respecto a la definición del rol de los terapeutas, se centrará principalmente en buscar las herramientas que más se ajusten a las necesidades de los participantes y tareas alternativas en los casos en que las indicaciones previas no sean de utilidad para alguno de ellos. No se trata de convencer, ya que cada uno tendrá sus motivos para dejar de fumar. Finalmente, es necesario marcar la idea de que no existen fórmulas mágicas para abandonar el consumo, puesto que si fuera así no existirían tantos tratamientos disponibles. (53)

- *Segunda sesión:* se analizan los registros y el cuestionario de mantenimiento para reconocer las condiciones de la adicción.

En el desarrollo de la segunda sesión se van a trabajar cinco aspectos, que son los siguientes: **1) revisión del registro y devolución del informe de evaluación;** **2) trabajo con valores y barreras;** **3) la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán;** **4) presentación y explicación de reglas para el control de estímulo externos en la reducción del consumo;** y **5) estrategias para el control estimular.**

El comienzo de las sesiones siempre suele poner las bases de los aspectos relevantes que se van a trabajar en cada una de ellas. Se empieza preguntando a

cada uno de los participantes del programa sobre cómo les ha ido durante la semana, sensaciones, pensamientos, acciones, etc., y así ofrecer un feedback de refuerzo ante el correcto afrontamiento y confrontación con las ganas de fumar y hacerles conscientes de las dificultades comprendiendo que no existen realmente pasos atrás, sino situaciones que nos hacen crecer y que nos enseñan lo complicado, a veces, del camino a recorrer.

Por ende, se realiza una puesta en común del registro de consumo realizado a lo largo de toda la semana y se presenta el informe de devolución de la información recibida en el proceso de evaluación. Para ello, se explica un ejemplo de informe hipotético con la intención de mostrar a cada uno de los participantes el modo de interpretar sus propios resultados. Gracias a esta información se van perfilando los estímulos que cada uno va asociando al consumo. (53)

- *Tercera sesión:* se suspende el consumo de cigarros, se enseñan y aplican estrategias para mantenerse en abstinencia.

En este momento se comienza a aplicar de forma explícita la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. Normalmente se centrará en que cada uno de los participantes vaya cambiando de marca de tabaco hasta terminar consumiendo la que menor cantidad de nicotina y alquitrán contiene, abandonando completamente el consumo una vez llegados a este punto. Sin embargo, en muchas ocasiones si esto no funciona de forma eficaz se opta por ir disminuyendo el número de cigarrillos a fumar hasta llegar a cero. Sin embargo, debemos de ser prudentes ya que los intentos para reducir el consumo más allá de 10-12 cigarrillos (nivel estable de nicotina en sangre) puede conllevar un síndrome de abstinencia que se podría ser mayor que si se dejara de fumar completamente de forma brusca.

Para facilitar, sobre todo al principio, que se vayan cumpliendo los objetivos a lo largo de toda la semana en cuanto a la reducción del consumo, se explican unas reglas básicas para ayudar a que cada participante vaya teniendo más autocontrol sobre su propia conducta. Es muy importante que se vayan enfrentando continuamente a esas barreras que les impiden dejar de fumar porque gracias a

ello experimentarán sensaciones que reconocerán y que con el tiempo podrán llegar a controlar sin ser controlados. Con ellos se podrá enfocar el proceso de abandono centrándose más en los aspectos motivacionales que en los impositivos. Esas reglas han de tomarlas como una ayuda y no como soluciones generales a modo de recetario, y son las siguientes:

- Espera un poco antes de fumar cada cigarrillo (mínimo dos minutos).
- Aumenta los períodos de tiempo entre que te levantas y fumas el primer cigarrillo.
- Después de comer o de cenar espera entre 5 y 10 minutos antes de fumar.
- Fuma únicamente tus cigarrillos y rechaza los que te ofrezcan.
- Cambia de marca de cigarrillos. Cambia a una que no te guste demasiado y/o que sea baja en nicotina.
- Compra las cajetillas de una en una y hazlo sólo cuando se te haya acabado por completo.
- Fuma únicamente en horas pares o impares.
- Fuma sólo la primera mitad del cigarrillo.
- Coloca el tabaco en sitios de difícil acceso y que no estén a la vista.
- Fuma con la otra mano.
- Elige ambientes en los que no se fume y no haya humo.

- *Cuarta sesión:* se identifican las principales enfermedades asociadas al consumo.

- 1) *Aumento de la mortalidad general:* El 50% de los pacientes fumadores fallecerá por alguna enfermedad relacionada al tabaco. Además, se reconoce que los pacientes fumadores tienen una menor esperanza de vida (14).
- 2) *Enfermedades cardiovasculares:* Son responsables por alrededor del 33% de las muertes. El tabaquismo favorece el desarrollo de hipertensión arterial sistémica, síndromes coronarios agudos, insuficiencia cardiaca y enfermedades cerebrovasculares (15).
- 3) *Neoplasias malignas:* El tabaquismo promueve el desarrollo de múltiples neoplasias malignas como el cáncer colorectal, cáncer renal, cáncer

hepático, cáncer vesical, cáncer pulmonar, cáncer laríngeo, cáncer de páncreas, cáncer cérvicouterino, cáncer gástrico, etc. (16).

- 4) *Enfermedades pulmonares*: Es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades pulmonares como la EPOC (17).
- 5) *Infecciones*: El tabaquismo aumenta el riesgo de infecciones pulmonares como tuberculosis, neumonía neumocócica, legionelosis e influenza, etc. (18-19).
- 6) *Diabetes*: Contribuye al desarrollo a la resistencia a la insulina (20).
- 7) *Osteoporosis y fracturas de cadera*: Acelera la pérdida de la densidad mineral ósea y es un factor importante para el desarrollo de fracturas de cadera (21).

Esto explicado en un lenguaje sencillo para su fácil comprensión.

- *Quinta sesión*: se brindan consejos médicos para disminuir el riesgo de padecimientos.

Se orienta al paciente sobre las consecuencias de abandonar el hábito tabáquico, como puede ser el estreñimiento, ansiedad, aumento de peso, etc.

Se brindan estrategias para aminorar la sintomatología, como puede ser aumentar la ingesta de fibra y líquidos en la dieta.

- *Sexta sesión*: se enseñan técnicas de relajación que permitan el enfrentamiento de pensamientos irracionales que favorecen el deseo de fumar.

En cuanto al entrenamiento en respiración diafragmática, hay que incidir en su importancia como estrategia de afrontamiento ante diferentes situaciones de estrés, nerviosismo, irritabilidad, etc., derivadas sobre todo del síndrome de

abstinencia. Es decir, que su uso no se conceptúa como herramienta interventiva sino, más bien, como instrumento de disminución de la activación general para poder avanzar eficazmente hacia el objetivo del abandono del tabaco. Además, conviene que cada uno de los participantes practique diariamente unas tres o cuatro veces al día durante dos minutos. Aquí se vuelve a destacar la importancia del trabajo a realizar a lo largo de la semana y no únicamente en las sesiones semanales en terapia. (53)

Una vez realizados los ejercicios de respiración se pasaría a trabajar con otro de los síntomas que pueden aparecer durante el proceso de deshabituación tabáquica, como es el insomnio. En esta parte de la sesión se va a explicar qué es y qué pautas deberíamos de seguir para combatirlo de forma eficaz.

Finalmente, para terminar la sesión se vuelve a hacer hincapié en la reducción de cigarrillos de cada semana. Se va registrando el número de cigarrillos que se han fumado en la semana anterior y se disminuye el consumo para la siguiente semana. Esta pauta se va a seguir hasta que llegue el día en el que se deje de fumar por completo. En esta parte de la sesión es muy importante reforzar los estilos de afrontamiento apropiados, marcando en cada uno de los participantes la idea de que ellos pueden con esto y que conseguirán abandonar el tabaco si se lo proponen firmemente. Cada uno de ellos va mostrando al grupo sus sensaciones, pensamientos, conductas, etc., ante la conducta de fumar. Confiesan sus miedos, sus dificultades y, sobre todo, qué es lo que han hecho para administrarse el número máximo de cigarrillos que pueden fumar cada día. Algunos de ellos pasan parte del día sin fumar para hacerlo sin parar en una franja horaria del día, otros se lo van administrando de forma progresiva a lo largo de todo el día, afirmando cada uno de ellos, de forma general, que los lugares, situaciones, personas, etc., asociadas al acto de fumar son los estímulos discriminativos contra los que es mucho más complicado luchar. (53)

- *Séptima sesión:* se trabaja la influencia de la publicidad.

Se intenta hacer un razonamiento conciente de la influencia que esta tiene sobre los consumidores de tabaco.

- *Octava sesión:* se revisan los cambios metabólicos provocados por la abstinencia, a fin de sensibilizar al fumador acerca de la importancia de conformar ajustes en sus estilos de vida (nutrición y hábitos).

- *Novena sesión:* se identifican factores de riesgo para la reincidencia y se reafirman estrategias de afrontamiento.

La novena y la décima sesión, están enfocadas a reforzar los avances en el mantenimiento de la abstinencia y a tratar los aspectos negativos relacionados con la presencia continua de barreras. Es decir, que se trata de potenciar lo positivo e intentar combatir lo negativo con las herramientas que se han ido adquiriendo a lo largo de todas las sesiones. En este sentido, se realizarán las siguientes acciones: **1) revisar el estado de los miembros del grupo con respecto al consumo; 2) revisar el ejercicio de expresión emocional; 3) Seguir trabajando con las emociones positivas y realizar ejercicios para poder ejercitarlas.**

En cuanto a la revisión del estado con respecto al consumo, se trabajará de la misma forma que en las dos sesiones anteriores, comprobando si se está manteniendo la abstinencia o no.

Seguidamente, se tratará de exponer en el grupo algún ejercicio personal en cuanto a la expresión emocional y su relación con el consumo de tabaco. Para ello cada miembro podrá leer su propio ejercicio para que, posteriormente, el terapeuta abra una discusión sobre tal situación. El sentido de todo ello es saber identificar los elementos fisiológicos, cognitivos y situacionales que intervienen, etiquetar la emoción surgida y plantearse la pregunta de qué hubiera pasado si al sentir todo eso se hubiera decidido fumar. Es importante que cada miembro comprenda que es imposible escapar a los pensamientos, a las sensaciones o a las emociones, pero que podemos decidir comportarnos según tales elementos o hacerlo de otra forma. Podemos sentirnos tristes al querer fumar y no hacerlo, pero la decisión final de terminar consumiendo o no, explica el camino que queremos seguir, con cada uno de sus obstáculos.

Otro de los aprendizajes que se pueden obtener del desarrollo de toda la intervención, es comprender que detrás de todo ese aluvión de síntomas negativos característicos del síndrome de abstinencia y del fuerte deseo de fumar,

existen muchas cosas en la vida que nos provocan sentimientos positivos, agradables y reforzantes que pueden ir alejándonos del consumo. Por ello, se incide en la relevancia de seguir trabajando con las emociones positivas, revisando la lista de actividades placenteras que se propuso realizar en una sesión anterior. El objetivo es observar tales actividades, valorar lo positivo de ellas y el grado de satisfacción al realizarlas e intentar que siga existiendo un compromiso en seguir realizándolas a lo largo de la semana.

- *Décima sesión:* se realiza un análisis y conclusión de los logros alcanzados y los posibles obstáculos a enfrentar.

Esta última sesión podría denominarse como “*el día de la independencia*”, ya que se hace balance de la situación personal con respecto al mantenimiento de la abstinencia, la autoeficacia, el autoconocimiento personal, psíquico y emocional y el autocontrol, concienciándose definitivamente de que uno es mucho más que el brote de pensamientos o emociones, llevando el rumbo de la propia vida hacia donde se quiera.

Es importante ofrecerse a uno mismo un feedback sobre el camino recorrido desde el principio de la terapia hasta el final, haciendo un ejercicio en el que se reflejen las expectativas que tenía cada miembro del grupo al principio de la intervención, las diferentes situaciones en las que cada uno ha deseado fumar a lo largo del tratamiento y los hechos que han sucedido posteriormente. Así, se consigue provocar un sentimiento positivo y muy reforzante de eficacia en la propia persona al concienciar del éxito obtenido frente a los diferentes obstáculos del camino, viendo que se puede abandonar el consumo si uno está lo suficientemente motivado y dispuesto a dejarlo definitivamente, contemplando la vida sin tabaco mucho más placentera a medio/largo plazo pese a las dificultades. (53)

Posteriormente, el programa contempla la vigilancia y apoyo para fortalecer la cesación y evitar recaídas de los participantes a través de sesiones y valoraciones a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses, idealmente. (51)

Adherencia terapéutica

La adherencia al tratamiento se define como el grado en que la persona sigue las recomendaciones de salud. Incluye la capacidad del paciente para asistir a las citas programadas, tomar medicamentos como se han indicado, hacer los cambios recomendados en el estilo de vida, y completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas (38).

Existen diversos métodos utilizados para valorar la adherencia de un paciente a un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico:

1. *Métodos objetivos directos*: Se utilizan técnicas de laboratorio para medir niveles de fármacos o metabolitos, frecuentemente por medio de líquidos como sangre u orina. Son métodos objetivos y específicos. En el monitoreo del tabaquismo, la cotinina urinaria es utilizada para evaluar la exposición al humo de tabaco. La cotinina es una molécula que se forma como resultado del metabolismo de la nicotina.
2. *Métodos objetivos indirectos*: En ellos se valora la adherencia a partir de las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad. Puede utilizarse para valorar la adherencia tanto a tratamientos farmacológicos como psicoterapéuticos. Algunos de estos métodos son:
 - a) **Conteo de comprimidos**: Útil únicamente en la valoración de la adherencia a tratamientos farmacológicos.
 - b) **Asistencia a citas programadas**: Útil en la valoración de la adherencia a psicoterapia.
 - c) **Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada**: Se detecta al grupo de pacientes con fracaso terapéutico.
 - d) **El grado en que se hace frente a los síntomas de abstinencia.** (39)

Factores asociados a adherencia terapéutica, éxito y falla de abstinencia

Se ha postulado que la realización de ejercicio (actividad física) es útil para hacer frente a la ansiedad, los síntomas de abstinencia y por ende para mejorar la adherencia terapéutica. Por ejemplo, la realización de ejercicio moderado reduce el deseo de fumar y este efecto se mantiene durante más de 20 minutos después de la finalización del ejercicio. (40)

Por otro lado, la psicoeducación está íntimamente relacionada con la adherencia al tratamiento y a la aceptación racional por parte del paciente de los objetivos terapéuticos. (41)

En general, los estudios tienden a mostrar que la adherencia y permanencia en el tratamiento es mayor en los programas terapéuticos que incluyen la intervención desde la perspectiva familiar. Los abordajes familiares obtienen en general buenos resultados en cuanto a la reducción del nivel de consumo de drogas postratamiento y algunos estudios encuentran superioridad frente a otras modalidades como la terapia individual, la terapia de grupo de adolescentes y la psicoeducación familiar. (42)

También, las sesiones informativas y entrevistas motivacionales se asocian con adherencia a terapia anti-tabaquismo y mayores periodos de abstinencia. De hecho, en estudios donde a la terapia cognitivo-conductual se le adiciona una entrevista motivacional, la adherencia mejora significativamente. (42)

Por otro lado, también las estrategias de manejo de contingencias, han demostrado ser efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento anti-adicciones. Estas estrategias se basan en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma, que compiten con los efectos reforzantes de las drogas. Estas estrategias de manejo de contingencias han sido empleadas sobre todo para reforzar la abstinencia, pero también, otros objetivos terapéuticos, como por

ejemplo, la retención y la asistencia a las sesiones de tratamiento o el incremento de la adherencia al tratamiento farmacológico. (42)

La utilización de comprimidos o parches de nicotina de uso una vez al día, se ha asociado a mejor adherencia terapéutica. (43)

En un estudio realizado por López-Torrecillas y cols., en 125 pacientes que asistieron a una clínica anti-tabaquismo para dejar de fumar, aquellos que usaron alcohol y/o tranquilizantes durante la terapia lograron una abstinencia de menor duración que los que no utilizaron estos adyuvantes. El ejercicio físico, el número de sesiones de tratamiento, la realización de las tareas de tratamiento, y hacer frente a los síntomas de abstinencia se relacionaron con abstinencia prolongada. En particular, la no realización de las tareas de tratamiento triplicó el riesgo de recaída, mientras que el no hacer frente a las medidas de abstinencia duplicó el riesgo de recaída. (44)

SISTEMA DE MONOAMINAS Y NICOTINA

Las Monoamino oxidasas (MAO) son enzimas que catalizan la oxidación de monoaminas (neurotransmisores y neuromoduladores que contienen un grupo amino que está conectado a un anillo aromático por una cadena de dos carbonos (-CH₂-CH₂-). Todas las monoaminas se derivan de aminoácidos aromáticos como la fenilalanina, tirosina, triptófano, y las hormonas tiroideas a través de la acción de las enzimas l-aminoácido aromático descarboxilasa.

Las catecolaminas incluyen a la dopamina, la noradrenalina y la adrenalina.

Las indolaminas son la serotonina y la melatonina.

En humanos existen dos tipos de MAO: MAO-A y MAO-B. Ambas se encuentran tanto en neuronas como en la astrogliá. Fuera del sistema nervioso central: MAO-A también se encuentra en el hígado, tracto gastrointestinal y la placenta. MAO-B se encuentra mayormente en la sangre y las plaquetas

Función

La Monoamino oxidasa cataliza la desaminación oxidativa de las monoaminas. Se utiliza el oxígeno para eliminar un grupo amino de una molécula, resultando el correspondiente aldehído y amonio. (54)

Afecciones producidas por disfunciones de la MAO

Debido al papel clave que las MAOs desempeñan en la inactivación de los neurotransmisores, las disfunciones de la MAO (por exceso o defecto de actividad) se piensa que es responsable de algunos trastornos neurológicos. Por ejemplo, se ha asociado a niveles inusualmente altos o bajos de las MAO en el organismo a la depresión, abuso de sustancias, trastorno por déficit de atención y madurez sexual irregular. Los IMAOs (Inhibidores de la Monoamino oxidasa) son uno de los más importantes tipos de medicamentos prescritos para el tratamiento de la depresión, aunque son un tratamiento de última línea debido al riesgo de la interacción del medicamento con la dieta u otros fármacos. Niveles excesivos de catecolaminas, epinefrina, norepinefrina y dopamina pueden conducir a una crisis hipertensiva y a niveles excesivos de serotonina que pueden conducir a su vez a un síndrome serotoninérgico.

Las investigaciones han puesto en evidencia que la MAO disminuye fuertemente con el uso del de tabaco. (54)

NICOTINA

La nicotina constituye el componente bioactivo que contiene el humo del tabaco y resulta la sustancia determinante del reforzamiento positivo de la conducta de fumar observado tanto en humanos como en modelos animales. Este efecto reforzador de la nicotina se logra gracias a la estimulación de receptores específicos ubicados en el sistema mesolímbico cerebral. En la actualidad se ha identificado al receptor $\alpha 4\beta 2$ para acetilcolina, el cual muestra gran afinidad por la nicotina y promueve la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y zonas del área tegmentaria ventral que generan sensaciones placenteras en los fumadores.

El primer lugar que toca el humo del tabaco es la boca y luego el pulmón que es donde se realiza la absorción a todo el organismo. Esta se hace con extraordinaria

rapidez y por la circulación llega al corazón, donde es enviada a circulación general llegando al sistema de recompensa del cerebro.

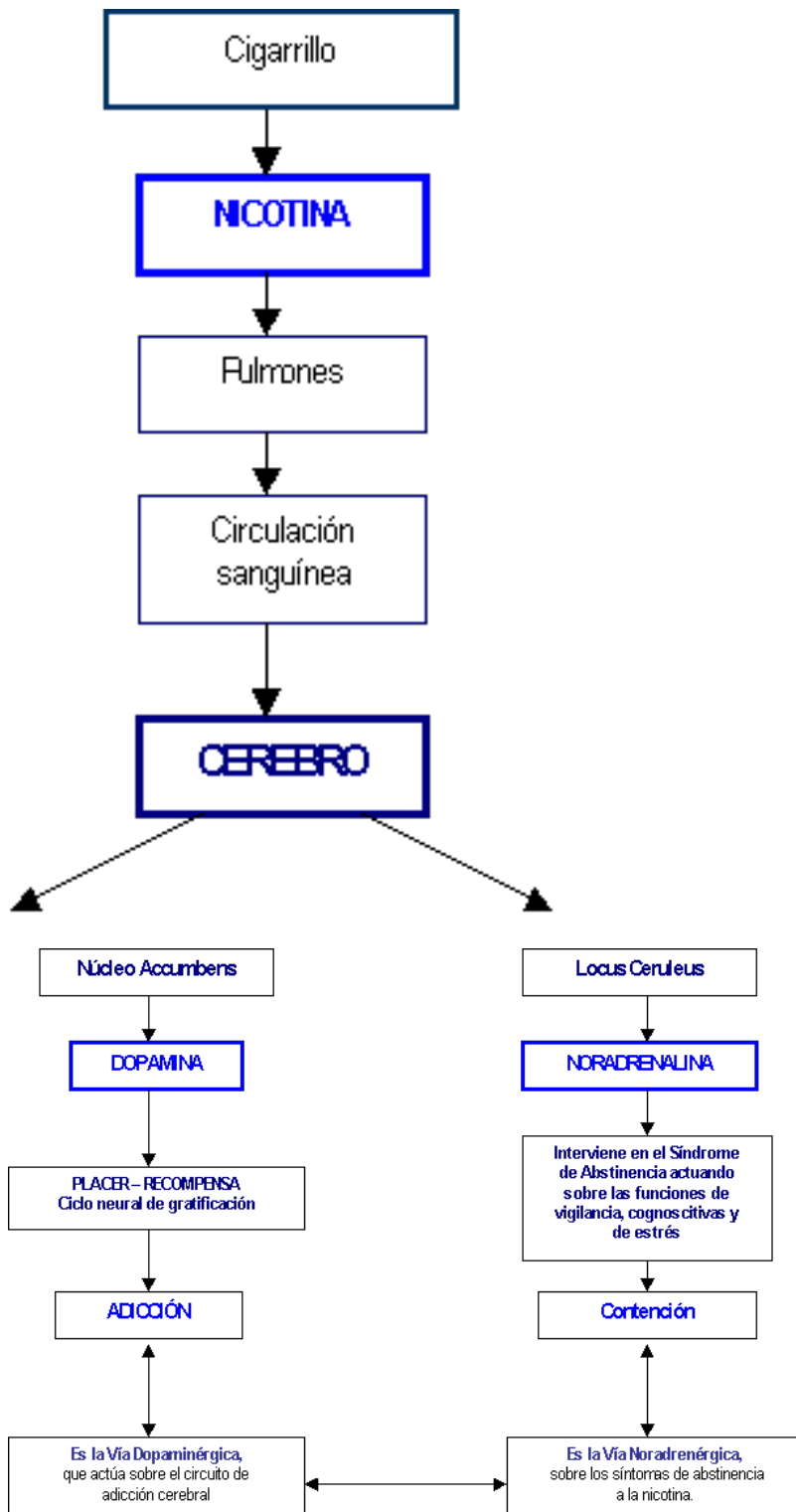
La nicotina es una sustancia que se absorbe fundamentalmente a través de los pulmones (de un 79 a un 90 %) y en menor medida a través de la mucosa bucal y plexos sublinguales (4 a 40 %) y de la piel, siendo en este caso la absorción variable y dependiente de varios factores, como son la temperatura y el pH cutáneos, el grado de humedad y de higiene personal, etc. Se absorbe rápidamente de la mucosa nasal, oral y respiratoria llegando al cerebro donde están los receptores al cabo de unos 7 segundos. Es allí donde ejerce su acción sobre el SNC así como en el sistema nervioso autónomo. Esta relación casi inmediata entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral es uno de los factores que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina.

La vida media de la nicotina es de dos horas, oscilando entre 1 a 4 horas de acuerdo a la variabilidad individual, y la mayor parte se metaboliza en el hígado transformándose en uno de sus metabolitos inactivos -la cotinina- y solamente el 7 % de la nicotina se excreta por vía renal sin transformarse junto con la cotinina. También pasa a la leche materna y atraviesa la barrera placentaria.

La dopamina rápidamente se reabsorbe o se elimina por la enzima monoaminoxidasa (MAO). Sin embargo, cuando se introduce la nicotina al fumar, la nicotina estimula la liberación de dopamina mientras que otra sustancia en el humo de cigarro bloquea la acción de la MAO. Los niveles bajos de MAO resultan en niveles elevados de dopamina. Esto interviene en la biología de la adicción a la nicotina, agregándose al aumento de dopamina en el núcleo accumbens.

Neurobiología de la Adicción

La adicción a la nicotina es básicamente un trastorno cerebral mediado neurobiológicamente y que se localiza en el sistema mesocórtico-límbico-dopaminérgico, lugar donde se genera la recompensa. Y esto se produce de la misma forma que para otras drogas, con la vía dopaminérgica localizada en el núcleo accumbens.



La abstinencia sigue la vía noradrenérgica, mediada por la norepinefrina que se concentra en las neuronas del locus ceruleus. Cuando un fumador trata de no fumar los niveles de nicotina caen y la frecuencia de los disparos de las neuronas noradrenérgicas en el locus ceruleus llega a ser anormalmente alta y causa de los síntomas de abstinencia a la nicotina.

En el cerebro del fumador la nicotina estimula la liberación de dopamina y muestra el sello característico neurobiológico de las drogas adictivas: Un exceso de dopamina en el núcleo accumbens.

La nicotina actúa a través de los *receptores colinérgicos de nicotina*, produciendo liberación de neurotransmisores dopamina, GABA, serotonina, norepinefrina, péptidos opiáceos,, vasopresina y endorfinas. También otras sustancias del humo del tabaco actúan aumentando la dopamina al disminuir la enzima monoaminoxidasa (MAO) que la degrada.

ANTECEDENTES

Un estudio realizado por Yalcin y cols. evaluó los efectos de una terapia cognitivo-conductual enfocada en el manejo de la ira y el control del estrés dentro de un programa de abandono al tabaco. Se incluyeron 350 pacientes asignados a dos grupos: intervención *versus* control. Los participantes del grupo control acudieron a un programa estándar de abandono al tabaco, mientras que los participantes del grupo de intervención recibieron además del programa estándar una terapia cognitivo-conductual que consistía en 5 sesiones de 90 minutos cada una en la que se trataba de proveer habilidades para el control de la ira y el manejo del estrés. Se evaluó el abandono del tabaco a los 3 y 6 meses. El grupo de intervención tuvo una disminución en las puntuaciones de ira tras haber completado la terapia. A los 6 meses, el grupo de intervención tuvo una mayor proporción de abandono al tabaco en comparación con el grupo control (44% vs 27.4%, $p < 0.001$). Los pacientes asignados a la terapia cognitivo-conductual tenían una probabilidad de abandono dos veces mayor en comparación con el grupo control (45).

Un estudio realizado por Benson y cols. evaluaron los factores asociados a fracaso en la adherencia a psicoterapia en un grupo de fumadores “marginados” que se atendían dentro de un programa anti-tabaquismo con terapia conductual. Se incluyeron 29 pacientes fumadores que acudían al programa. Se evaluaron sus motivaciones, barreras para atender el programa y el soporte social. Los pacientes con mayor participación en el programa (“asistentes frecuentes”) tenían una mayor motivación intrínseca para acudir (“disfrutaban ir a terapia”), una mayor red de apoyo y no reportaban barreras para acudir al programa, en comparación con el grupo de pacientes “asistentes esporádicos” (46).

Un estudio realizado por Hiscock y cols. evaluó los factores asociados al éxito y adherencia de un programa anti-tabaquismo con terapia cognitivo-conductual. Se

obtuvieron los registros de 202,084 pacientes que participaban en un programa nacional de abandono de tabaco. Todos los pacientes fueron seguidos por 4 semanas tras haber “dejado de fumar”. Los pacientes más marginados (prisioneros, desempleados) tenían una menor probabilidad de abandonar el tabaco. La dependencia de los pacientes hacia programas de medicamentos gratuitos (pobreza) y recibir tratamiento por parte de una enfermera (en lugar de un médico especialista) fueron factores asociados a fracaso para dejar de fumar tabaco (47).

Un estudio realizado por Bryant y cols., evaluó las barreras y factores facilitadores del abandono de tabaco en un grupo de pacientes australianos fumadores. Se incluyeron 32 pacientes pertenecientes a 6 grupos de apoyo. Los pacientes eran fumadores activos y todos expresaban su intención de abandonar el tabaco. Los factores que favorecieron la falla de los intentos para dehar de fumar fueron el miedo a ganar peso, la duda personal de poder abandonar, la percepción de que el tabaco calmaba el estrés, el pobre conocimiento del tema y el escepticismo acerca del soporte del abandono. El alto costo del terapia de reemplazo con nicotina fue una barrera para su uso. La exposición continua al tabaquismo, tanto en las relaciones personales como comunitarias favorecía el tabaquismo. Los pacientes expresaron una preferencia marcada por recibir terapia individual (48).

Un estudio realizado por Krishnan-Sarin y cols., evaluó tres estrategias de abandono del tabaco en adolescentes fumadores: 1) El uso de incentivos para mantener la abstinencia, 2) Terapia cognitivo-conductual y 3) El uso de incentivos mas terapia cognitivo-conductual. Se incluyeron 82 adolescentes que deseaban abandonar el tabaco. Los pacientes fueron tratados por 4 semanas y el criterio de evaluacion final fue la prevalencia de abstinencia a los 7 días de haber terminado el tratamiento. La abstinencia fue evaluada mediante preguntas directas a los pacientes y mediante niveles urinarios de cotinina. Los grupos que presentaron una mayor prevalencia de abstinencia fueron los tratados con incentivos y terapia cognitivo-conductual (36.7%) y los tratados con incentivos únicamente (36.3%).

Ningún paciente tratado con terapia cognitivo-conductual sola mantuvo la abstinencia (49).

Finalmente, en un estudio realizado por Hall y cols. se evaluó la eficacia del tratamiento con bupropión de liberación prolongada y un programa de terapia cognitivo-conductual. Se incluyeron 406 fumadores activos y completaron un programa de 12 semanas de abandono de tabaco, que incluía consejería grupal y manejo con terapia de reemplazo de nicotina. Posteriormente fueron asignados a uno de 5 grupos: 1) Sin tratamiento adicional, 2) Bupropión de liberación prolongada por 40 semanas, 3) Placebo por 40 semanas, 4) Bupropion y terapia cognitivo-conductual por 40 semanas y 5) Placebo y terapia cognitivo-conductual por 40 semanas. Los pacientes fueron evaluados a las semanas 12, 24, 52, 64 y 104. De la semana 12 a la 104, todas las terapias fueron superiores al manejo estándar (no tratamiento adicional) sin que hubiera un grupo con mayor proporción de abstinencia. Sin embargo, de la semana 64 a la 104, los grupos con terapia cognitivo-conductual (plan 4 y 5) tuvieron un mayor mantenimiento de la abstinencia en comparación con las otras tres estrategias (50).

JUSTIFICACIÓN

Magnitud e Impacto: La prevalencia de tabaquismo es muy alta en México y el mundo (alrededor de 20% en adultos y 10% en adolescentes). El tabaquismo produce muerte prematura, afecta la calidad de vida de los pacientes y aumenta el riesgo de desarrollar infarto al miocardio, enfermedad cerebrovascular y diversos tipos de cáncer. Tan solo en Estados Unidos la carga económica del tabaquismo alcanza los 300,000 millones de dólares por año.

Trascendencia: El presente estudio es importante y trascendente porque permitirá evaluar el grado de cumplimiento de asistencia a terapia cognitivo-conductual y la eficacia del tal programa para lograr la abstinencia de tabaco en pacientes del CIJ Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México. Lo anterior permitirá conocer la utilidad el programa cognitivo-conductual, y el cumplimiento de los pacientes y eventualmente facilitará el diseño e implementación de estrategias de mejora de abstinencia y cumplimiento. Los resultados también permitirán comparar los resultados del programa logrados en el CIJ Álvaro Obregón con los obtenidos en otros CIJ ó Clínicas Especializadas en el manejo del hábito de consumo de tabaco.

Factibilidad: Es factible realizar este estudio debido a que se tiene acceso a pacientes que cumplen criterios de selección en el CIJ Álvaro Obregón Oriente y se cuenta con el apoyo institucional para llevarlo a cabo. Además, no se requiere inversión adicional a la ya destinada para la atención de los pacientes y los investigadores y colaboradores cuentan con experiencia en el manejo de estos pacientes.

Vulnerabilidad: Al ser un estudio cuasiexperimental, no se cuenta con un grupo control o de comparación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de cumplimiento de asistencia a la terapia conductiva-conductual de pacientes de la clínica antitabaquismo Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México y los factores asociados al éxito de abstinencia de tabaco a las 10 semanas?

HIPÓTESIS

El grado de cumplimiento de asistencia a la terapia cognitivo-conductual de pacientes de la clínica antitabaquismo Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México es superior al 60% y los factores asociados al éxito de abstinencia de tabaco a las 10 semanas son el género femenino, la abstinencia a las 4 semanas y una asistencia superior al 50% a las sesiones.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el grado de cumplimiento de asistencia a la terapia cognitivo-conductual de pacientes de la clínica antitabaquismo Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México y los factores asociados al éxito de abstinencia de tabaco a las 10 semanas.

Objetivos particulares

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes.
2. Obtener información sobre las características del tabaquismo (intensidad y tiempo de exposición) y comorbilidades médicas del paciente.
3. Evaluar el grado de cumplimiento de asistencia a la terapia cognitivo-conductual.
4. Identificar en cada sesión los avances en la suspensión del uso de tabaco y la tasa de éxito de abstinencia.

5. Analizar cuáles factores sociodemográficos, clínicos, del tabaquismo y de la terapia cognitivo-conductual se asocian a éxito

MATERIAL Y MÉTODOS

Sede de estudio

Clínica Antitabaquismo del Centro de Integración Juvenil (CIJ) Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México.

Periodo de estudio

Noviembre de 2015 a Febrero de 2016.

Tipo de estudio

Estudio cuasiexperimental.

Universo del estudio

Pacientes con tabaquismo en bajo tratamiento en la Clínica Antitabaquismo del CIJ Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México.

Muestreo y tamaño de la muestra

Se realizará un muestreo por conveniencia de casos consecutivos de pacientes que cumplieron los criterios de selección. No se realizará cálculo del tamaño de

muestra, sino que se incluirán todos los pacientes que inicien terapia cognitivo-conductual en el mes de Noviembre de 2015.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de tabaquismo que quieran suspender el uso de tabaco e inicien terapia cognitivo-conductual durante el mes de Noviembre de 2015 en la Clínica Antitabaquismo del CIJ Álvaro Obregón Oriente de la Ciudad de México.
- De cualquier género, mayores de 18 años de edad.
- De cualquier tiempo de evolución del tabaquismo e índice tabáquico.
- Que acepten participar en el estudio mediante firma de carta de consentimiento bajo información.

Criterios de no inclusión

- Pacientes que requieran tratamiento farmacológico a base de nicotina ó vareniclina.
- Pacientes que consuman cocaína, cannabis, heroína o cualquier otra droga ilegal.

Criterios de eliminación

- Pacientes con datos incompletos.

Descripción del estudio y procedimientos

Se incluirán pacientes con tabaquismo que inicien terapia cognitivo-conductual durante Noviembre de 2015 en la Clínica Antitabaquismo del CIJ Álvaro Obregón del D.F. y cumplan los criterios de selección.

El tratamiento de los pacientes contempla una valoración médica y la inclusión de los pacientes en un programa de terapia cognitivo-conductual. La valoración médica tiene como finalidad detectar si existen alteraciones físicas que requieran tratamiento farmacológico especializado y proporcionar alternativas de manejo que permitan disminuir los malestares de abstinencia. La terapia cognitivo-conductual consiste en 10 sesiones grupales que combinan valoraciones, monitoreo, enseñanza e implementación de estrategias de afrontamiento para facilitar la abstinencia al tabaco, según se describe a continuación (51):

- *Primera sesión:* los integrantes del grupo expresan las características de su adicción y expectativas del tratamiento, con lo cual se establece el pronóstico y se inicia el registro de consumo.
- *Segunda sesión:* se analizan los registros y el cuestionario de mantenimiento para reconocer las condiciones de la adicción.
- *Tercera sesión:* se suspende el consumo de cigarros, se enseñan y aplican estrategias para mantenerse en abstinencia.
- *Cuarta sesión:* se identifican las principales enfermedades asociadas al consumo.
- *Quinta sesión:* se brindan consejos médicos para disminuir el riesgo de padecimientos.

- *Sexta sesión:* se enseñan técnicas de relajación que permitan el enfrentamiento de pensamientos irracionales que favorecen el deseo de fumar.

- *Séptima sesión:* se trabaja la influencia de la publicidad.

- *Octava sesión:* se revisan los cambios metabólicos provocados por la abstinencia, a fin de sensibilizar al fumador acerca de la importancia de conformar ajustes en sus estilos de vida (nutrición y hábitos).

- *Novena sesión:* se identifican factores de riesgo para la reincidencia y se reafirman estrategias de afrontamiento.

- *Décima sesión:* se realiza un análisis y conclusión de los logros alcanzados y los posibles obstáculos a enfrentar.

Posteriormente, el programa contempla la vigilancia y apoyo para fortalecer la cesación y evitar recaídas de los participantes a través de sesiones y valoraciones a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses. (51)

La información sobre las características del tabaquismo (intensidad y tiempo de exposición) se obtendrá en la primera sesión y las comorbilidades médicas en la 4ª sesión. El cumplimiento de asistencia se evaluará en la sesión número 10. A partir de la cuarta sesión se identificará la tasa de éxito de abstinencia de tabaco. Finalmente, se evaluará cuáles factores sociodemográficos, clínicos, del tabaquismo y de la terapia cognitivo-conductual se asocian a éxito de abstinencia.

Clasificación y definición de variables

Tipo de variables

1. Dependientes

- Tasa de éxito de abstinencia de tabaco

2. Independientes

- Grado de cumplimiento de asistencia a sesiones
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ingresos
- Número de personas con las que convive que fuman
- Actividad física regular
- Alcoholismo
- Edad de inicio al fumar
- Número de año fumando
- Índice tabáquico

Se presentan a continuación las variables del estudio, su categoría y su definición.

Tabla 1. Clasificación y definición de las variables del estudio				
<i>Nombre</i>	<i>Categoría ó escala</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de medición</i>
Tasa de éxito	Cualitativa nominal	Porcentaje de pacientes que suspendieron el uso de tabaco	Proporción de pacientes que lograron suspender por completo el uso de tabaco de cada 100 que iniciaron terapia cognitivo-conductual I, a los 10 meses de tratamiento.	%

Grado de asistencia a terapia cognitivo-conductual	Cualitativa nominal	Grado de cumplimiento de asistencia a las 10 sesiones de terapia cognitivo-conductual	Número de asistencias a las sesiones x 100/ 10.	%
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona al momento del diagnóstico	Tiempo de vida de los pacientes al momento del diagnóstico.	años
Sexo	Cualitativa nominal	Totalidad de características reproductivas de estructura, funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian masculinos de femeninos	Condición orgánica, masculina o femenina de los pacientes.	%
Estado civil	Cualitativa nominal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado máximo de estudios de los participantes	%
Escolaridad	Cualitativa nominal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado máximo de estudios de los participantes	%
Ingresos	Cuantitativa continuas	Cantidad de dinero que gana el paciente por mes	Cantidad de dinero que gana el paciente por mes	\$
Número de personas con las que convive que fuman	Cuantitativa discreta	Total de personas con las que trabaja, platica regularmente o vive que fuman	Cantidad de personas con las que trabaja, platica regularmente o vive que fuman	personas
Actividad física regular	Cualitativa nominal	Realización de actividad física de	Práctica de actividad física al menos 4	%

		manera periódica	veces por semana	
Alcoholismo	Cualitativa nominal	Ingesta alta, compulsiva, no controlada de alcohol	Ingesta excesiva de alcohol acompañada de ansiedad, pérdida de control y dependencia física	%
Edad de inicio al fumar	Cuantitativa discreta	Tiempo de vida al momento de iniciar el hábito de fumar	Tiempo de vida al momento de iniciar el hábito de fumar	años
Número de año fumando	Cuantitativa discreta	Cantidad de años que el paciente ha fumado	Cantidad de años que el paciente ha fumado	años
Índice tabáquico	Cuantitativa continua	Estimación acumulativa de consumo de tabaco	(Número de cigarrillos fumados al día)(Número de años de fumador)/20	paquetes por año

Análisis estadístico

Tras completar el registro de información en el instrumento (encuesta) de recolección de datos, se capturará la información en el programa SPSS v. 22 para Windows. Toda la información se presentará en forma de tablas y gráficos de barras, dispersión ó pasteles según corresponda.

Se llevará a cabo una análisis descriptivo y otro inferencial de los datos.

– *Análisis descriptivo*. Consistirá en determinar frecuencias y porcentajes de variables cualitativas. Para el análisis de variables cualitativas se estimarán la media, desviación estándar, mínimo y máximo.

– *Análisis inferencial*. Se realizará con X² para evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos en variables cualitativas. Para

comparar variables cuantitativas entre grupos se utilizará la t de Student. Para evaluar la eficacia de la terapia conductiva-conductual se utilizará la prueba de Wilcoxon, intragrupo. Se calculará la razón de momios (OR) para evaluar la probabilidad de éxito en pacientes de acuerdo a distintos valores de las variables independientes. Se considerará significativa una $p \leq 0.05$.

Aspectos éticos

El presente estudio se apegará a los principios éticos de la Asamblea Médica Mundial establecidos en la Declaración de Helsinki, Finlandia en 1964 y a las modificaciones hechas por la misma asamblea en Tokio, Japón en 1975 en donde se incluyó la investigación médica (Investigación clínica). Estos principios fueron ratificados en Río de Janeiro 2014.

También, el presente estudio se apegará estrictamente al Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en material de investigación médica, la cual considera esta investigación como: sin riesgo.

Los participantes firmarán de carta de consentimiento informado para poder participar y se mantendrá absoluta confidencialidad de la información de los pacientes.

Cronograma de actividades

Cronograma de actividades																
	Junio – Julio 2015			Agosto– Septiembre 2015			Octubre 2015			Noviembre 2015 – Enero 2016			Febrero–2016			
1.- Búsqueda bibliográfica	X	X	X													
2.- Diseño del protocolo				X	X	X										
3.-Aprobación del protocolo							X	X	X							
4.- Desarrollo del protocolo y captura de datos										X	X	X				
5.- Análisis de datos, elaboración y presentación de la tesis													X	X	X	

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los pacientes

Se incluyeron un total de 20 pacientes de la clínica antitabaquismo Álvaro Obregón del D.F con un edad promedio de 55.8 ± 12.9 años (rango 28-77 años). El 50% (n=10) de los participantes eran femeninos y el 50% masculinos (n=10), Figura 1.

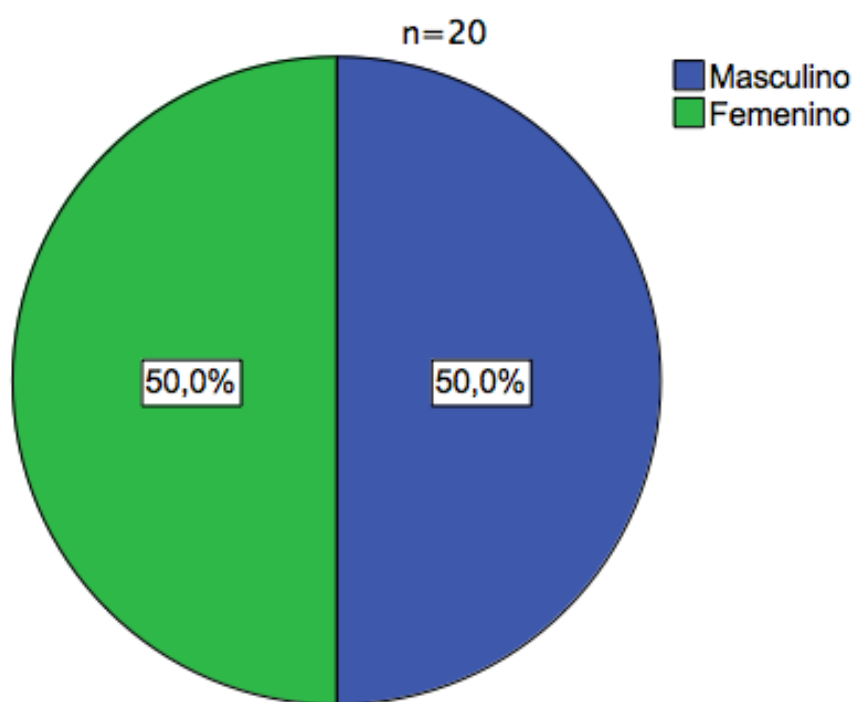


Figura 1. Género de los participantes

El 15% de los pacientes tenía escolaridad primaria, el 20% secundaria, el 40% preparatoria y el 25% de licenciatura (Figura 2). El 40% de los participantes era soltero, el 25% casado, el 20% divorciado, el 10% viudo y el 10% vivía en unión libre (Figura 3).

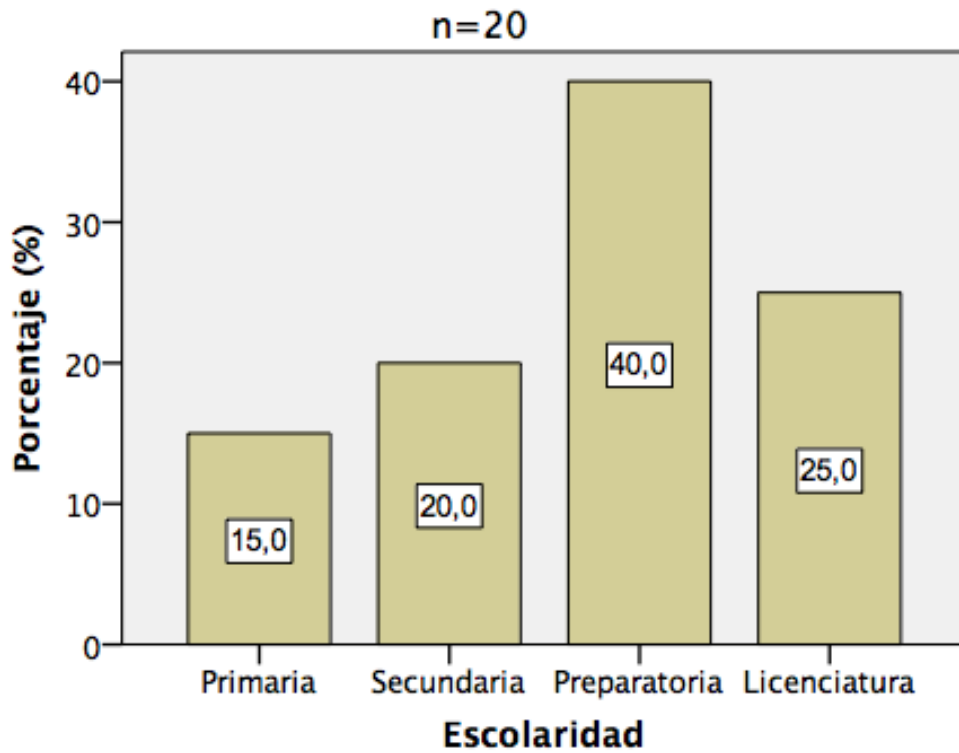


Figura 2. Escolaridad de los participantes.

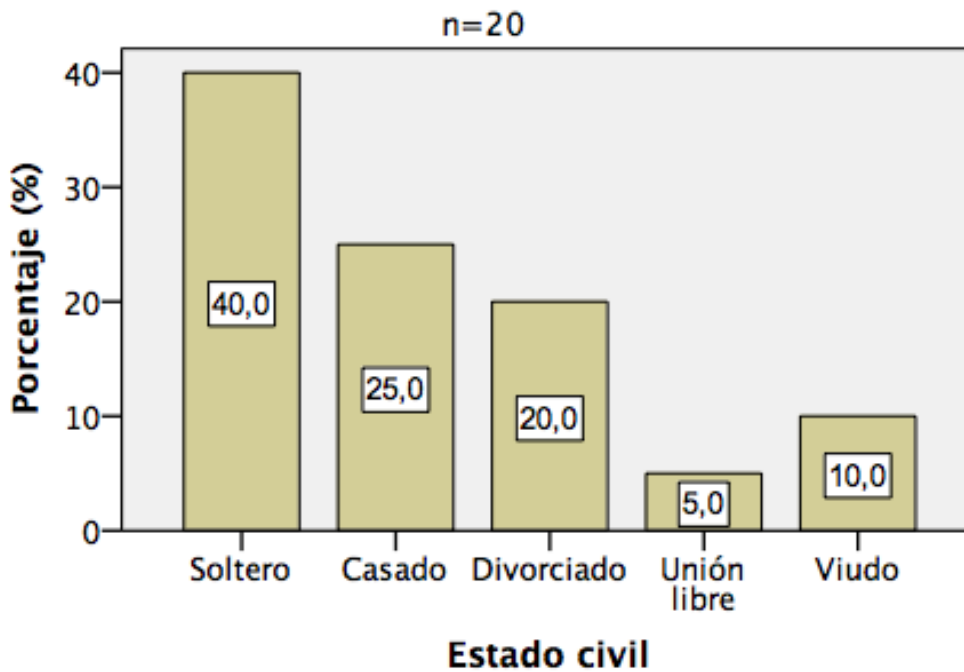


Figura 3. Estado civil de los participantes.

Antecedentes personales de importancia

El 35% de los pacientes tenía diabetes mellitus, el 30% hipertensión arterial sistémica, el 5% obesidad, el 10% dislipidemia y el 5% cáncer de pulmón (Figura 4).

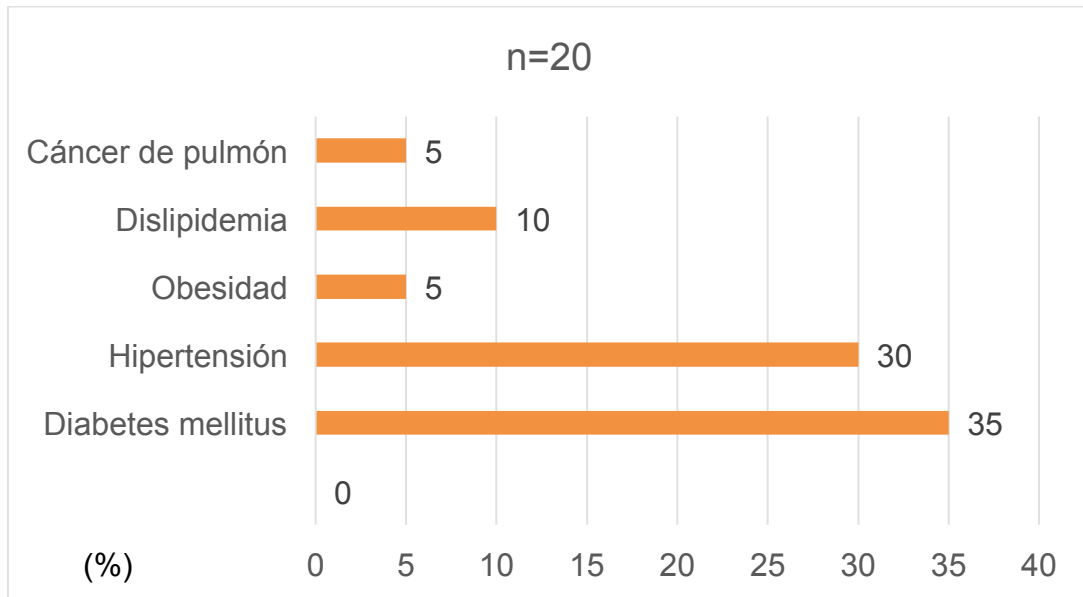


Figura 4. Antecedentes personales de importancia en los participantes.

Hábitos de los participantes

El 20% de los participantes realizaba actividad física de manera regular, el 35% presentaba alcoholismo y el 10% ingería antipsicóticos (Figura 5).

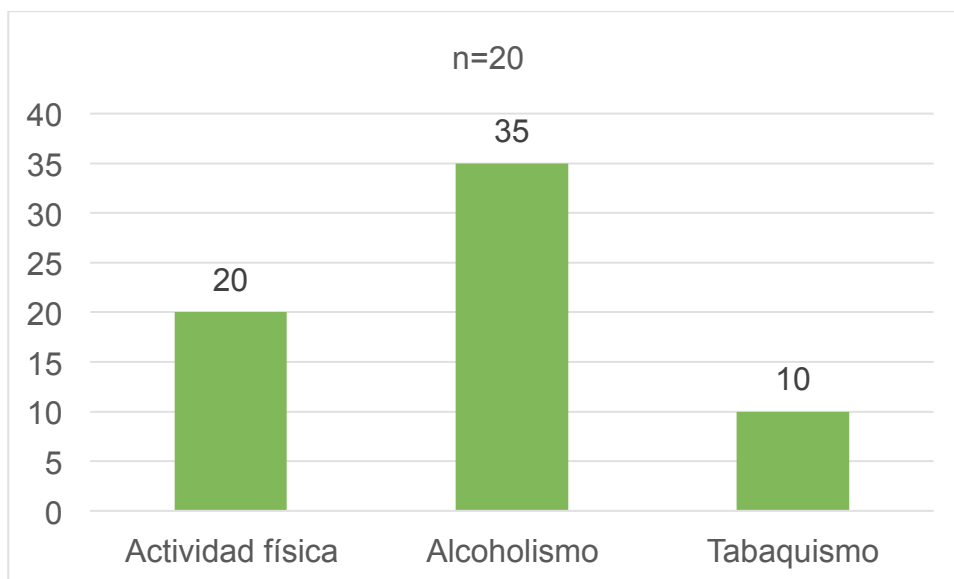


Figura 5. Hábitos de los participantes.

Características del tabaquismo

El promedio de edad a la que los pacientes iniciaron a fumar fue de 24.9 ± 9.3 años (rango 12-50 años). El tiempo promedio de fumar de los pacientes fue de 31.3 ± 15.6 años (rango 7-57 años). El índice tabáquico promedio de los pacientes era 18.7 ± 12.9 paquetes/año (rango) y el promedio de personas fumadoras con las que convivía el paciente fue de 1.25 ± 1.2 (rango 0-5 personas), Tabla 1. De hecho, el 75% de los participantes convivía con una persona que fumada (Figura 6).

Tabla 1. Características del tabaquismo de los pacientes		
<i>Característica</i>	<i>Promedio \pm DS</i>	<i>Rango</i>
Edad al inicio del tabaquismo (años)	24.9 ± 9.3	12-50
Tiempo promedio de fumar (años)	31.3 ± 15.6	7-57
Índice tabáquico (paquetes/año)	18.7 ± 12.9	2.8-57
Promedio de fumadores con los que convive	1.25 ± 1.2	0-5

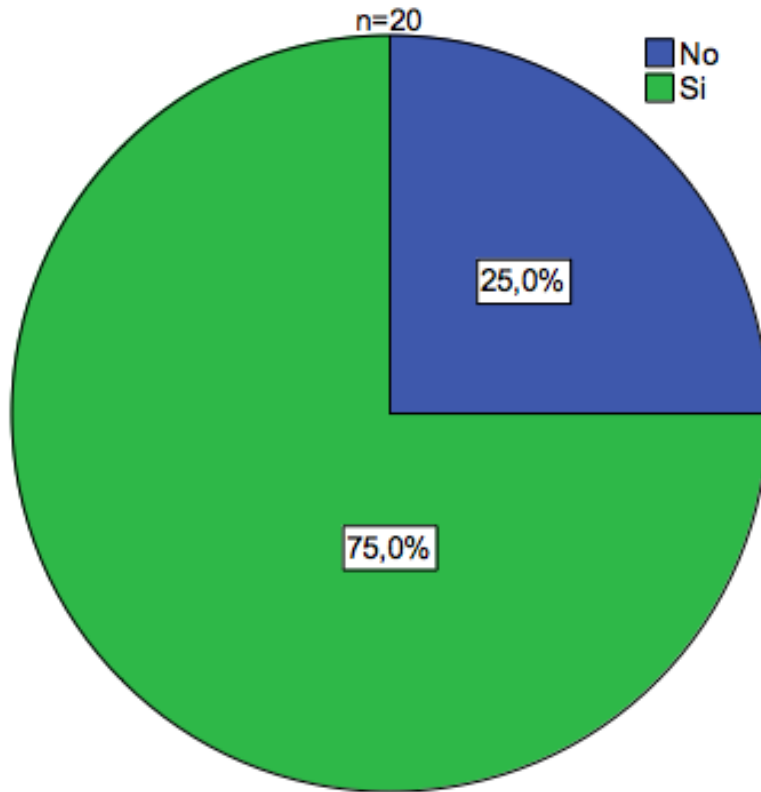


Figura 6. Convivencia con personas fumadoras.

Asistencia a la terapia cognitivo-conductual

La asistencia a la terapia cognitivo-conductual fue de 90% a la primera sesión, 70% en la segunda y tercera sesión, de 50% en la cuarta sesión, de 30% en la quinta sesión, de 45% en la sexta sesión, de 35% en la séptima sesión, de 25% en la octava sesión, de 40% en la novena sesión y de 35% en la décima sesión, para un promedio de asistencia de 49% a lo largo de la terapia (Figura 7) .

Solo el 15% asistió a todas las sesiones.

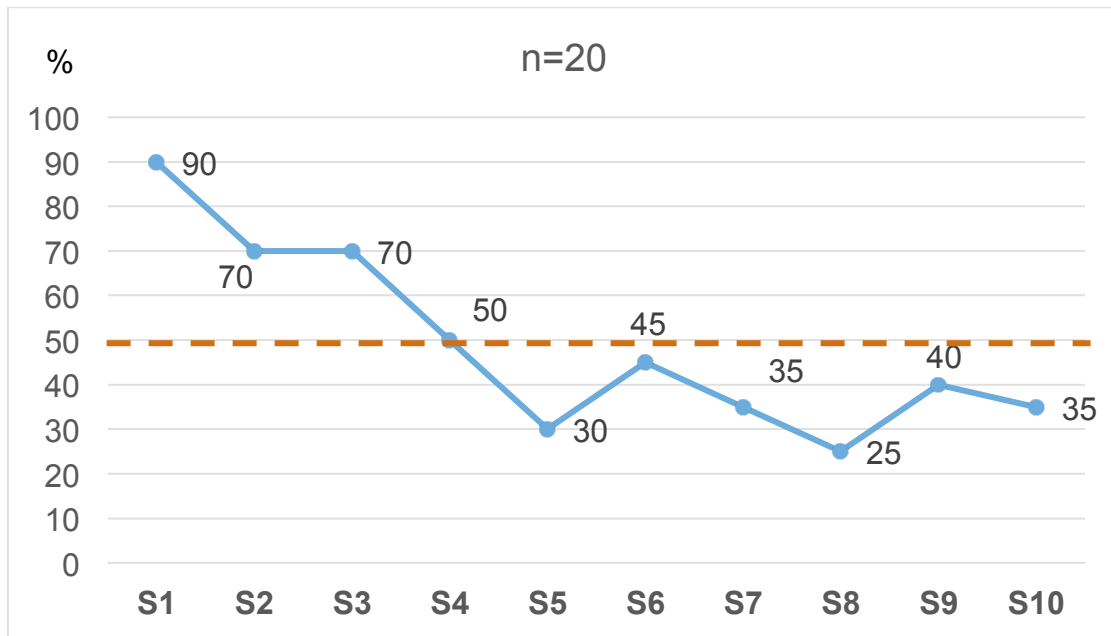


Figura 7. Asistencia a las sesiones de la terapia cognitivo-conductual.

Efecto de la terapia cognitivo-conductual sobre el hábito de fumar

Se evaluó el porcentaje de pacientes que lograron la abstinencia en cada sesión. Encontrándose que en la 1ª y 2ª sesión ningún paciente había abandonado el hábito del fumar. En la tercera sesión el 10% había dejado de fumar, en la 4ª sesión el 35% había suspendido el hábito de fumar. En la 5ª y 6ª sesión el porcentaje de no fumadores se redujo a 20% mientras que, en la 7ª sesión y 8ª sesión se incrementó a 35% y 30%, respectivamente. En la 9ª y 10ª sesión el 40% y 35%, respectivamente no fumaba (Figura 8).

Es decir, el 45% de los pacientes nunca dejaron de fumar; el 15% de los pacientes lograron un abstinencia sostenida a partir de la 4ª sesión; el 30% lograron la abstinencia en las primeras sesiones pero recayeron y nunca recuperaron la abstinencia; y el 10% tuvieron una recaída inicial con sostenimiento posterior de la abstinencia (Figura 9).

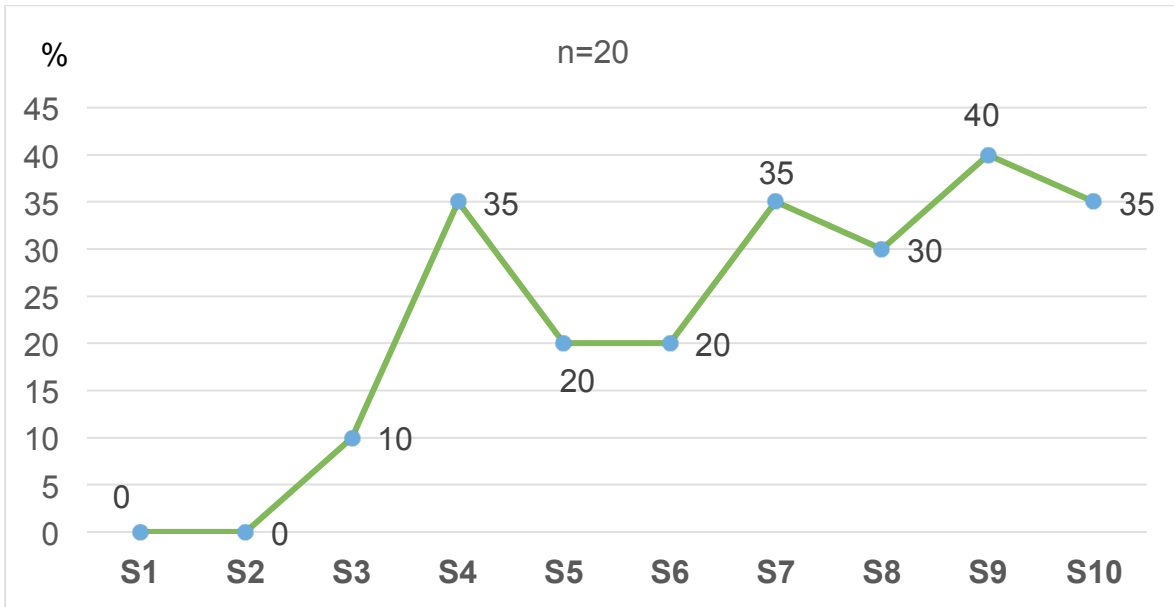


Figura 8. Porcentaje de pacientes que dejaron de fumar a lo largo de la terapia cognitivo-conductual.

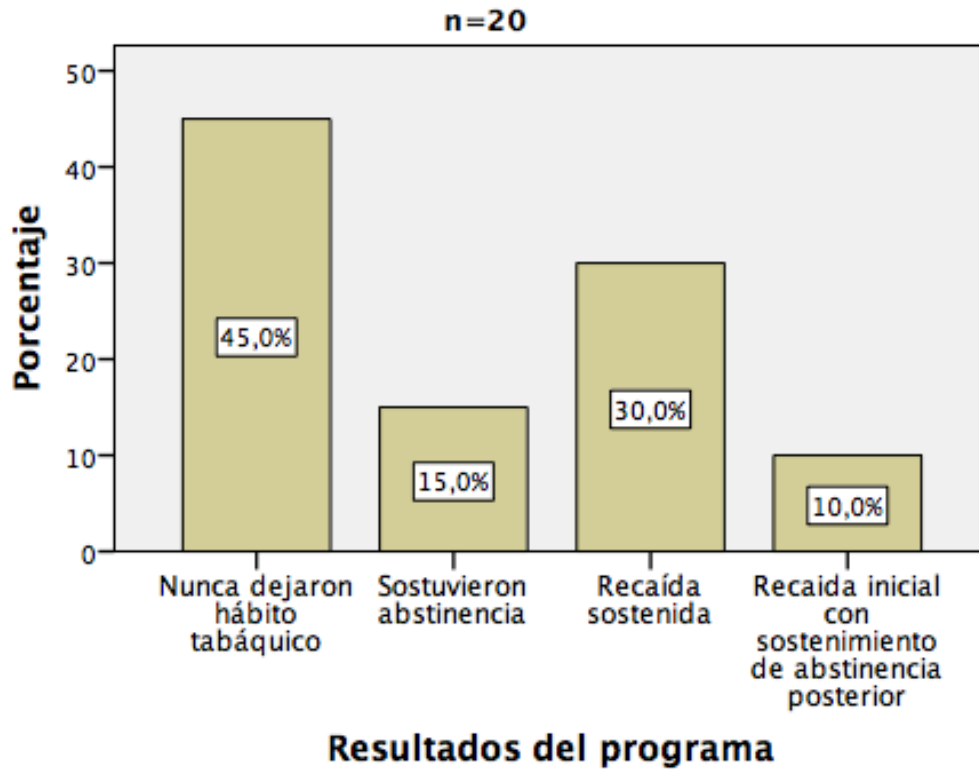


Figura 9. Resultados de la terapia cognitivo-conductual.

Se consideró éxito de la terapia cognitivo-conductual cuando los pacientes lograron y sostuvieron la abstinencia ó tras una recaída sostuvieron la abstinencia hasta el final del seguimiento, lo que equivale al 25%.

Características asociadas a éxito

Se compararon las características demográficas, clínicas y hábitos entre los pacientes que tuvieron y no tuvieron éxito para dejar de fumar. Los pacientes con éxito para dejar de fumar tuvieron significativamente mayor edad (63.4 ± 5.3 años) que los que no tuvieron éxito (53.3 ± 13.9), $p=0.031$. También asistieron significativamente a un mayor número de sesiones que los que no (9.2 ± 1.1 versus 3.5 ± 2.9 asistencias a sesiones, $p=0.000$, t de Student). No se encontraron diferencias entre grupos en el resto de las características (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de las características antropométricas, clínicas y hábitos asociados a éxito.			
<i>Características</i>	<i>Éxito</i>	<i>Fracaso</i>	<i>Valor de p</i>
Edad	63.4 ± 5.3	53.3 ± 13.9	0.031
Género (M/F) %	60/40	46.7/53.3	0.606
Escolaridad (%)			0.494
Primaria	0	20	
Secundaria	40	13.3	
Preparatoria	40	40	
Universidad	20	26.7	
Estado civil (%)			0.281
Solteros(as)	80	26.7	
Casados(as)	20	26.7	
Divorciados(as)	0	26.7	
Unión libre	0	6.7	

Viudos(as)	0	13.3	
Diabetes mellitus (%)	60	26.7	0.176
Hipertensión arterial (%)	60	20	0.091
Obesidad (%)	20	0	0.076
Dislipidemia (%)	20	6.7	0.389
Alcoholismo (%)	0	6.7	0.554
Actividad física (%)	40.0	33.3	0.787
Uso de antipsicóticos (%)	0	13.3	0.389
Convivencia con personas que fuman (%)	80.0	73.3	0.766
Número de personas con que convive que fuman	1.0 ± 0.7	1.3 ± 1.3	0.607
Edad al inicio de fumar (años)	23.2 ± 9.2	25.5 ± 9.6	0.650
Tiempo fumando (años)	40.2 ± 11.7	28.3 ± 13.1	0.091
Índice tabáquico	16.6 ± 7.4	20.0 ± 14.4	0.730
Promedio de asistencias	9.2 ± 1.1	3.5 ± 2.9	0.000

* X2 para variables cualitativas (%); ** t de Student para variables cuantitativas

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el grado de cumplimiento de asistencia a una terapia conductiva-conductual de pacientes de la clínica antitabaquismo Álvaro Obregón del D.F y los factores asociados al éxito de abstinencia de tabaco a las 10 semanas. La tasa de asistencia a la terapia fue baja, como se pudo comprobar por el promedio de 4.9 asistencias por paciente y la reducción en el porcentaje de asistencia de 90% en la primera sesión a 35% en la última sesión. Mientras que la tasa de abandono del tabaco al final de las 10 sesiones fue de solo 25%.

En el estudio realizado por Yalcin solo se realizaron 5 sesiones con una tasa de abandono de tabaco de 44% en los que recibieron terapia cognitivo-conductual. Es decir fue menor la tasa de abandono en el presente estudio que en el estudio de Yalcin. (45)

Mientras que en el estudio de Krishnan-Sarin y cols., se logró una prevalencia de abstinencia de tabaquismo con terapia cognitivo-conductual mas incentivos de 36.7%, y de 0% en los pacientes que fueron tratados con solo terapia cognitivo conductual. Es decir, fue mayor la tasa de abandono en el presente estudio que en el estudio de Krishnan-Sarin. (49)

En el presente estudio, los pacientes con éxito de abandono de tabaquismo tuvieron significativamente mayor asistencia a las sesiones de la terapia cognitivo-conductual. Lo que está en consonancia con lo reportado en el estudio realizado por Hall y cols., en el cual la tasa de éxito se correlacionó con la asistencia a las sesiones de terapia cognitivo-conductual ($r=0.384$; $p < 0.001$). (50)

Por otro lado, Hall y cols., encontraron tasas de éxito de la terapia cognitivo-conductual de 67% a las 12 semanas, de 45% a las 24 semanas de 35% a las 52 semanas y de 33% a las 104 semanas. (50) Es decir, la tasa de abstinencia tiende a disminuir con el tiempo, por lo que es fundamental el seguimiento del paciente y establecer mecanismos para sostener la adherencia. No obstante, el seguimiento de los pacientes no fue objeto del presente estudio.

CONCLUSIONES

- El grado de asistencia a la terapia cognitivo-conductual de pacientes de la clínica antitabaquismo Álvaro Obregón de la Ciudad de México fue baja.
- La abstinencia se inició a partir de la 3ª sesión de terapia cognitivo-conductual.
- La tasa de éxito de abstinencia fue de solo 25%.

- Las características asociadas significativamente asociadas con éxito de la terapia cognitivo-conductual fueron la edad y un alto promedio de asistencias a las sesiones de terapia cognitivo-conductual.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO CONTRA EL TABAQUISMO

A continuación se indican una serie de estrategias que pueden ser útiles para mejorar el seguimiento de los tratamientos para dejar de fumar (Abad, 2008; Amigo et al., 1998):

- *Conseguir establecer un buen vínculo terapéutico con el paciente.* Esto es especialmente relevante en los procesos crónicos que conllevan un cambio de conducta y/o actitudes, como es el caso del tabaco. Se consigue mostrando interés por las peculiaridades del fumador, sus necesidades y preferencias, sus expectativas y temores, mostrando empatía y expresando confianza en el tratamiento y en el paciente, lo cual derivará en el aumento de sus expectativas positivas con respecto a sus posibilidades de dejar de fumar.
- *Anticipar la falta de adhesión.* Ser consciente de las dificultades con las que puede encontrarse una persona fumadora para seguir el tratamiento, permite anticiparse a ellas. Conviene identificar las posibles creencias falsas que pudiera tener e indagar qué características de su contexto (familiar, social o laboral) pueden favorecer u obstaculizar la adhesión. Es de gran ayuda instar al fumador a que busque apoyo social para afrontar las dificultades que se planteen y fuentes alternativas de gratificación, en previsión de que a lo largo del tratamiento pueda perder alguna de las que tenía.
- *Conocer e incorporar como objetivos los propios del paciente (dentro de las posibilidades clínicas).* Es indispensable conocer las expectativas del fumador respecto las diferentes herramientas terapéuticas que puedan ofrecérsele para así poder encauzarlas, reestructurarlas y, en la medida de lo posible, adaptarse a ellas. Si una persona cree que asistiendo a las sesiones de una terapia en grupo para dejar de fumar le va a resultar más fácil que si lo hace con un tratamiento individual, sería deseable elegir la primera opción. Sin embargo, es importante ajustar las expectativas erróneas del paciente a la realidad: si cree que en la

terapia para dejar de fumar en grupo va a ser convencido para que deje de fumar, es fundamental corregir esta expectativa.

- *Ofrecer información y asegurarnos de que el paciente la recibe.* La información que se facilite al fumador sobre el tratamiento ha de describir la conducta que se solicita, las condiciones (rutinas cotidianas) en las que ha de utilizarse, la utilidad del tratamiento, las consecuencias positivas y negativas que cabe esperar y cómo manejar los efectos secundarios si aparecen. El objetivo es conseguir que la información que se considera necesaria llegue al paciente, que la comunicación sea eficaz. Los profesionales de la salud tienden a sobreestimar la importancia del tiempo que emplean dando información al paciente y a subestimar el deseo de los pacientes para obtener información (Rodríguez, 1999). Una estrategia que ayuda al paciente a recibir la información adecuadamente es darle un folleto con la información fundamental y repasarla juntos. Conviene también sondear las posibles dudas que el fumador quizá no se atreva a preguntar. Es recomendable que las indicaciones sean específicas y operativas: por ejemplo, si dentro del tratamiento para dejar de fumar vamos a incluir el ejercicio físico para evitar el aumento de peso, no basta con decir “haga ejercicio”, sino que es preferible decirle, “¿qué le parece si a partir de ahora sube a su casa por las escaleras al menos una vez al día?”.

- *Simplificar el tratamiento e individualizarlo en lo posible al estilo de vida del paciente.* En los procesos crónicos la simplificación de las pautas dosificadoras mejora la adherencia (Álvarez et al., 2001). Dentro de lo clínicamente posible, es más fácil la adherencia al tratamiento farmacológico si las dosis son siempre similares y se mantiene una cierta flexibilidad con los horarios y hábitos del fumador. Si se da la indicación de “subir las escaleras de su casa al menos una vez al día” a una persona que vive en un 9º piso, seguramente no la seguirá; en ese caso, puede sugerirse que use el ascensor hasta el 7º piso, por ejemplo. Es importante tener en cuenta el grado de interferencia del tratamiento en la rutina diaria y contexto del paciente. Anticipando los problemas que puedan aparecer, se pueden buscar soluciones conjuntas.

- *Establecer metas terapéuticas asequibles y consensuadas con el paciente.* Como se ha señalado, conocer las preferencias del fumador e involucrarle activamente en su tratamiento aumenta la adherencia al mismo. Conviene planificar los objetivos terapéuticos con el paciente en función de lo que considere asequible e importante. Si un fumador desea que el inicio de la cesación sea progresivo y no desea reducir todo de golpe, puede hacerse un inicio progresivo. Si considera mejor no retirar los ceniceros de casa, mostraremos respeto a su decisión. Si en un tratamiento en grupo una persona refiere necesitar más tiempo para dar un determinado paso, compensa acompañar a esa persona con el ritmo

que nos marque. A este respecto, ayuda establecer una “jerarquía de estrategias”, más o menos explícita, en la que se muestren al fumador las ventajas de seguir aquellas que son consideradas fundamentales, pero dándole margen para elegir utilizar o no otras que se consideren más secundarias.

- *Entrenar las competencias requeridas al paciente.* Cuando un paciente cuenta con las competencias necesarias para seguir las pautas establecidas, aumenta su autoeficacia percibida. Conviene confirmar que el fumador es capaz de realizar correctamente las estrategias indicadas, siendo en muchos casos necesario ensayar la conducta concreta. Rellenar un autoregistro del consumo de cigarrillos no es tarea fácil. Para que este instrumento tenga utilidad, hay que rellenarlo correctamente: para ello hay que saber identificar las circunstancias que faciliten el deseo de fumar (antecedentes) y los procesos (internos y externos) que se desencadenan una vez se ha fumado el cigarro (consecuentes); esta tarea requiere entrenamiento. Del mismo modo, es útil ensayar con algunos pacientes cómo rechazar tabaco cuando le ofrecen, cómo solicitar que no se fume en su presencia o cómo pedir ayuda a alguien de su entorno en momentos concretos de deseos intensos de consumir.

- *Reforzar el seguimiento.* Uno de los reforzadores más potentes son los propios efectos del tratamiento sobre la sintomatología y sobre el estado psicológico del paciente, pero esto no siempre es posible percibirlo. Cambiar conductas aprendidas conlleva siempre un esfuerzo y, por muy reforzador que sea mantenerse sin fumar, afrontar las situaciones cotidianas de la vida sin el apoyo del tabaco puede costar. Es importante reforzar que los esfuerzos por mantener la abstinencia son importantes; conviene mantener la empatía y reforzar los comportamientos de adherencia del fumador, aun cuando no haya conseguido mantenerse abstinente.

- *Favorecer la accesibilidad y continuidad de la atención.* En la medida de lo posible se deben intentar controlar las variables dependientes de la organización sanitaria que dificultan la adhesión. Conviene que la espera tras realizar una demanda de ayuda para dejar de fumar no se alargue desproporcionadamente. Debe procurarse que las sesiones de seguimiento sean atendidas por un mismo terapeuta, si es posible (Martín, 2006). Puede también ser útil establecer un protocolo de seguimiento, de manera que pueda llamarse a alguien que no acude a alguna cita, mostrando interés por la persona y motivándole para que continúe (Álvarez et al., 2001).

CONSIDERACIONES FINALES

Muchas intervenciones terapéuticas pierden eficacia porque los pacientes no se adhieren adecuadamente a ellas. Esto es especialmente relevante en los procesos que implican cambios de conducta, como el abandono del consumo de sustancias adictivas, como el tabaco.

De una manera resumida puede decirse que alguien no se adhiere a una determinada pauta, bien porque no percibe su importancia real o porque determinados obstáculos, intrínsecos o extrínsecos, le impiden adherirse a ellas.

En cualquier caso, las habilidades –especialmente de comunicación– del terapeuta son el elemento clave para conseguir una mayor adherencia, tanto a la hora de detectar los posibles problemas como a la hora de solucionarlos.

En general, los pacientes se esfuerzan por conseguir aquellos objetivos que creen que les merece la pena conseguir y que piensan que son asequibles. Por ello, tienden a adherirse a aquellas medidas que consideran que les ayudarán a conseguir estos objetivos y/o a hacerlos más factibles.

En el caso del consumo de sustancias adictivas, la cesación puede verse obstaculizada por dificultades propias del proceso de abandono, bien sean intrínsecas (como la pérdida de gratificaciones inmediatas o las ambivalencias respecto a la cesación) o extrínsecas (como un sistema de salud no diseñado para atender a personas con actividad laboral y familiar normal). (55)

Los jóvenes tienen en promedio una alta tasa de prevalencia de tabaquismo.

La adolescencia es un momento de vida especial, donde el sujeto comienza a construir su propia identidad, comienza a tomar decisiones por sí mismo, poniendo distancia del mundo adulto. La intervención en estas edades debe ser diferente, dado que el joven difiere del adulto, tanto en las formas y actitudes que tiene frente al tabaquismo en general, como hacia la cesación en particular.

La OMS – OPS, recomiendan el desarrollo de Habilidades para la Vida para prevención y tratamiento de adicciones, lo que incluye:

Adquirir estrategias de afrontamiento y habilidades sociales
Reconocer fortalezas, debilidades y posibilidades de cambio
Estimular la conciencia crítica
Fortalecer la autoestima

Las teorías del aprendizaje social han contribuido en el campo de la educación para la salud. Desde las mismas se insiste en el rol central que cumple la imitación

en estas edades, por lo que aconsejan el abordaje del adolescente a través de otros adolescentes.

El equipo de salud debe ser consciente del riesgo que implica el humo de tabaco ajeno o de segunda mano para los niños y los adolescentes expuestos en sus hogares. Debe ofrecerse a los familiares fumadores un consejo breve y la

En cuanto a pacientes adultos y ancianos es importante reafirmar y enfatizar los daños que se pueden prevenir al suspender el tabaquismo o evitar complicaciones si es que ya padecen alguna enfermedad crónica. También es importante considerar el uso de fármacos para favorecer la abstinencia y evitar los síntomas del síndrome de abstinencia que son un factor importante que contribuye a las recaídas.

REFERENCIAS

1. US-National Library of Medicine. Medical Subject Headings. Consultado el 23 de octubre de 2015, en: <https://www.nlm.nih.gov/mesh/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Warning about the dangers of tobacco. Consultado el 23 de octubre de 2015, en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf.
3. Warren GW, Alberg AJ, Kraft AS, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: "The health consequences of smoking--50 years of progress": a paradigm shift in cancer care. *Cancer* 2014; 120:1914.
4. Zabert G, Chatkin JM, Ponciano-Rodríguez G. Reflexiones sobre oportunidades de intervención en tabaquismo en Latinoamérica. *Salud Pública Méx* 2010; Vol. 52(sup 2):283-287.
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las América. México: 2011. pp. 1-19. Tomado el 20 de Diciembre de 2015, de: http://www.paho.org/par/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=358&Itemid=239.
6. Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Clínicas de Tabaco. Dirección General de Epidemiología. Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>.
7. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Jesús-Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica Mex* 2006; 48 (Supl. I): 91-98.
8. Guerrero-López CM, Reynales-Shigematsu LM, Jiménez-Ruiz JA, Karam-Araujo R, Maldonado-Cruz CA, Camacho-Solís R. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. *Salud Publica Mex*. 2012; 54(3): 233-241.
9. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Consultado el 23 de octubre de 2015, en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ConsumoTabaco.pdf>.

10. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México DF: 2012. Disponible en: www.cenadic.salud.gob.mx
11. Pichon-Riviere A, Reynales-Shigematsu LM, Bardach A, Caporale J, Augustovski F, Alcaraz A, Caccavo F, Sáenz de Miera-Juárez B, Muños-Hernández JA, Gallegos-Rivero V, Hernández-San Román E. Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en México. Documento Técnico IECS N° 10. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Agosto de 2013 (www.iecs.org.ar).
12. Guerrero-López CM, Muños-Hernández JA, Sáenz de Miera-Juárez B, Reynales-Shigematsu LM. Tobacco consumption, mortality and fiscal policy in Mexico. *Salud Publica Mex* 2013; 55 suppl 2:S276-S281.
13. Rigotti NA. Clinical practice. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med*. 2002; 346:506.
14. Vollset SE, Tverdal A, Gjessing HK. Smoking and deaths between 40 and 70 years of age in women and men. *Ann Intern Med*. 2006; 144:381.
15. Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation*. 2005; 112:489.
16. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, et al. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *J Natl Cancer Inst*. 2004; 96:99.
17. Au DH, Bryson CL, Chien JW, et al. The effects of smoking cessation on the risk of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *J Gen Intern Med* 2009; 24:457.
18. Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Arch Intern Med*. 2004; 164:2206.
19. Nuorti JP, Butler JC, Farley MM, et al. Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. Active Bacterial Core Surveillance Team. *N Engl J Med*. 2000; 342:681.

20. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2007; 298:2654.
21. Kanis JA, Johnell O, Oden A, et al. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2005; 16:155.
22. Karnath B. Smoking cessation. *Am J Med* 2002; 112:399.
23. Javitz HS, Zbikowski SM, Deprey M, et al. Cost-effectiveness of varenicline and three different behavioral treatment formats for smoking cessation. *Transl Behav Med* 2011; 1:182.
24. Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30:428.
25. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 150:551.
26. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD000165.
27. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008; 53:1217.
28. Boyle RG, Solberg LI, Fiore MC. Electronic medical records to increase the clinical treatment of tobacco dependence: a systematic review. *Am J Prev Med* 2010; 39:S77.
29. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004; 328:338.
30. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86:1119.
31. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 150:551.

32. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10:CD008286.
33. Suls JM, Luger TM, Curry SJ, et al. Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2012; 42:655.
34. Hughes JR, Solomon LJ, Naud S, et al. Natural history of attempts to stop smoking. *Nicotine Tob Res* 2014; 16:1190.
35. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, 2nd ed, Guilford Press, New York 2011. p.391.
36. Kotz D, Brown J, West R. Prospective cohort study of the effectiveness of smoking cessation treatments used in the "real world". *Mayo Clin Proc* 2014; 89:1360.
37. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GE. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 8:CD002295.

38. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombiana*. 2005;30:268–273.
39. Peralta LM, Carbajal-Pruneda P. Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2008;17(3):84-88.
40. Prochaska JJ, Hall SM, Humfleet G, Munoz RF, Reus V, Gorecki J, Hu D. Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: a randomized trial. *Prev Med*. 2008;47(2):215–220.
41. Formulación de objetivos y dirección del tratamiento en terapia cognitivo-conductual. *Rev Ter Cogn Conduct*. 2014; 24: 1-12.
42. Becoña Iglesia E, Cortés Tomás M. *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol, Alcoholismo y otras Toxicomanías. Madrid: 2008. pp.1-151.

43. López-Torrecillas F, Rueda MM, López-Quirantes EM, Machado Santiago J, Rodríguez Tapioles R. Adherence to treatment to help quit smoking: effects of task performance and coping with withdrawal symptoms. *BMC Public Health*. 2014; 14: 1217.
44. Bello S. Tratamiento del Tabaquismo. *Rev Chil Cardiol*. 2011; 30: 230–239.
45. Yalcin Bm, Unal M, Pirdal H, Karahan TF. Effects of and anger management and stress control program on smoking cessation: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med* 2014; 27(5):645-60.
46. Benson FE, Stronks K, Willemsen MC, Bogaerts NM, Nierkens V. Wanting to attend isn't just wanting to quit: why some disadvantaged smokers regularly attend smoking cessation behavioural therapy while others do not: a qualitative study. *BMC Public Health* 2014; 14:695.
47. Hiscock R, Murray S, Brose LS, McEwen A, Bee JL, Dobbie F, Bauld L. Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers *Addict Behav* 2013;38(11):2787-96.
48. Bryant J, Bonevski B, Paul C, O'Brien J, Oakes W. Developing cessation interventions for the social and community service setting: a qualitative study of barriers to quitting among disadvantaged Australian smokers *BMC Public Health* 2011;11:493.
49. Krishnan-Sarin S, Cavallo DA, Cooney JL, Schepis TS, Kong G, Liss TB, Liss AK, McMahon TJ, Nich C, Babuscio T, Rounsaville BJ, Carroll KM. An exploratory randomized controlled trial of a novel high-school-based smoking cessation intervention for adolescent smokers using abstinence-contingent incentives and cognitive behavioral therapy *Drug alcohol Depend* 2013;132(1-2):346-51.
50. Hall SM, Humfleet GL, Muñoz RF, Reus VI, Prochaska JJ, Robbins JA. Using extended cognitive behavioral treatment and medication to treat dependent smokers *Am J Public Health* 2011;101(12):2349-56.

51. Evaluación de Resultados de la Clínica para Dejar de Fumar. Karina Jiménez Silvestre. Centros de Integración Juvenil A.C. Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación.
52. Tratamiento integral del tabaquismo . Guadalupe Ponciano Rodriguez. Ed Trillas, México, 2011
53. Programa de Intervención Psicológica en Tabaquismo. Máster de Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales. Manuel Jesús Garrido Pérez Directora: Francisca López Ríos . Universidad de Almeria
54. Hare MLC (1928) Tyramine oxidase. I. A new enzyme system in liver. Biochem
55. Psychosocial Intervention vol.18 no.3 dic. 2009, DOSSIER / DOSSIER, La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo María Salvador Manzano¹, Francisco Javier Ayesta Ayesta: Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo' Universidad de Cantabria
56. El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles Luz Myriam Reynales-Shigematsu, D en C, Departamento de Investigación sobre Tabaco, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

ANEXO 1. Hoja de recolección de datos.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.

“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CONTRA EL TABAQUISMO EN UNA MUESTRA ÚNICA EN PACIENTES DEL CIJ”

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____

<p>Asistencia a terapia</p> <p>Sesión 1: (Si) (No)</p> <p>Sesión 2: (Si) (No)</p> <p>Sesión 3: (Si) (No)</p> <p>Sesión 4: (Si) (No)</p> <p>Sesión 5: (Si) (No)</p>	<p>Asistencia a terapia</p> <p>Sesión 6: (Si) (No)</p> <p>Sesión 7: (Si) (No)</p> <p>Sesión 8: (Si) (No)</p> <p>Sesión 9: (Si) (No)</p> <p>Sesión 10: (Si) (No)</p>	<p>Abstinencia</p> <p>Sesión 1: (Si) (No)</p> <p>Sesión 2: (Si) (No)</p> <p>Sesión 3: (Si) (No)</p> <p>Sesión 4: (Si) (No)</p> <p>Sesión 5: (Si) (No)</p>
<p>Abstinencia</p> <p>Sesión 6: (Si) (No)</p> <p>Sesión 7: (Si) (No)</p> <p>Sesión 8: (Si) (No)</p> <p>Sesión 9: (Si) (No)</p> <p>Sesión 10: (Si) (No)</p>	<p>Ingresos</p> <p>\$ _____ /mes</p> <p>Actividad física regular</p> <p>(Si) (No)</p> <p>Alcoholismo</p> <p>(Si) (No)</p> <p>Uso de antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos</p> <p>(Si) (No)</p>	<p>Edad al inicio de fumar</p> <p>_____ años</p> <p>Número de años fumando</p> <p>_____ años</p> <p>Índice tabáquico</p> <p>_____</p> <p>Número de personas con quienes convive que fuman</p> <p>_____ personas</p>

ANEXO 2. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.

Nos encontramos realizando un proyecto de investigación llamado “Factores que inciden en la adherencia al tratamiento contra el tabaquismo en una muestra única en pacientes del CIJ”.

El objetivo del estudio es identificar los factores que favorecen la adherencia al tratamiento para abandonar el tabaquismo. Para desarrollar este proyecto se necesita hacer una recolección de datos acerca de la experiencia de los pacientes sometidos a tratamiento para abandonar dicho hábito.

A continuación se realizará una encuesta que nos permitirá intentar identificar los factores que favorecen la adherencia al tratamiento contra el tabaquismo. Se le pedirá por favor nos brinde algunos datos personales, los cuales no serán divulgados, ni serán usados con fines diferentes a los del estudio proyectado. Agradecemos la atención y colaboración prestada.

El proyecto esta a cargo del Dr. Javier García Rodríguez.

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Autorizo la realización del cuestionario: Si No

Firma : _____

Folio: _____

Dr. Javier García Rodríguez (investigador)