

Factores que determinan que un paciente ingrese a un programa para dejar de fumar

MÓNICA MÉNDEZ GUERRA*
ERYKA URDAPILLETA H.*
RAÚL H. SANORES*
GABRIELA LARA RIVAS*
ALEJANDRA RAMÍREZ-VENEGAS*
JUSTINO REGALADO PINEDA‡
RAFAEL HERNÁNDEZ ZENTENO*

* Departamento de Investigación en Tabaquismo, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

‡ Jefe de la Oficina para el Control del Tabaco, SSA
Trabajo recibido: 18-XII-2008; aceptado: 07-V-2009
Conflicto de intereses: Ninguno

RESUMEN

Objetivo: Evaluar algunos factores, como nivel socioeconómico y ubicación geográfica del domicilio,

como elementos que pueden influir para que un fumador que acude a la Clínica de Tabaquismo se incorpore al tratamiento para dejar de fumar de nuestro Instituto, a la luz del éxito reportado actualmente.

Palabras clave: Tratamiento para dejar de fumar, tratamiento cognitivo-conductual, asistencia al tratamiento, motivación, nivel socioeconómico, zona geográfica.

Key words: Quit smoking treatment, cognitive-behavioral therapy, attendance to the treatment, motivation, socioeconomic level, geographic zone.

Material y métodos: Se utilizaron los datos de sujetos residentes de la ciudad de México que asistieron a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar durante el periodo 2006-2008. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba chi-cuadrada.

Resultados: Los resultados obtenidos mostraron que de los 1,279 individuos que solicitaron ingresar al programa para dejar de fumar, sólo el 42.4% se inscribió al tratamiento, mientras que el 57.5% no lo hizo. El 55% fueron clasificados con nivel socioeconómico medio, el 40% bajo y el 5% alto. Al hacer el análisis estadístico y comparar entre los que se incorporaron y aquellos que no lo hicieron, se encontró que una determinante para la inscripción fue la clasificación socioeconómica que obtenían ($p = 0.03$). Por el contrario, la ubicación geográfica de su domicilio no fue determinante para la inscripción ($p = 0.46$).

ABSTRACT

Objective: To evaluate some factors, such as socioeconomic status and home geographic location, as elements that may make a smoker who visit the Quit Tobacco Clinic decides to enter into our institutional stop-smoking treatment, in the light of the reported current success.

Material and methods: We used data from subjects living in Mexico City who attended the Clinic for Help to Quit Smoking during the period 2006-2008. Statistical analysis was performed using the chi-squared test.

Results: Our results showed that among the 1,279 subjects who sought admission to the quit smoking program, only 42% indeed took the treatment, whereas 57.5% did not. Concerning the socioeconomic level, 55% were classified as middle, 40% low, and 5% high. Through the statistical analysis comparing those who joined the program and those who did not we found that socioeconomic classification was a determinant for registration ($p = 0.03$). By contrast, subject's home geographic location was not a determinant for registration ($p = 0.46$).

Conclusions: A significant number of smokers who ask for information to stop tobacco habit do not register to any treatment program. According to results obtained in this study, the socioeconomic level but not the distance between the subject's home and the Clinic, is a determining factor. This poses the need for a national campaign of awareness and motivation, but also claims for a

Conclusiones: *Un número importante de fumadores que piden información para dejar de fumar no se inscriben a ningún programa de tratamiento. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, un factor determinante es el nivel socioeconómico pero no así la distancia entre su domicilio y la clínica. Esto plantea la necesidad de una campaña nacional de sensibilización y motivación, pero también obliga a una clara reflexión para hacer los tratamientos más accesibles al público en general.*

clear reflection to make treatments more accessible to the general public.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte y de discapacidad en el mundo que se pueden evitar. La Organización Mundial de la Salud atribuye al tabaco 4.9 millones de muertes anuales y se espera que la cifra exceda los 10 millones para el año 2030.¹ Se estima que en México, la prevalencia es cercana al 25% de la población que tiene entre 12 y 65 años de edad que explican los casi 14 millones de fumadores que hay en el país, y las 122 personas que mueren a diario por causas que se vinculan con el tabaquismo. Es por ello que se ha estimado que los fumadores crónicos pierden entre 20 y 25 años de vida productiva, con la implícita carga económica a sus familias y al sector salud.²

Para hacer frente al consumo de tabaco se han diseñado una gran variedad de métodos y técnicas para ayudar a las personas a abandonarlo. La modalidad que más se ha utilizado mundialmente es la que incluye a las denominadas Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar. Esta modalidad se caracteriza por su flexibilidad, ya que puede adecuarse a las necesidades de las instituciones donde se establecen las clínicas, el número de miembros que conforman el grupo, la cantidad de sesiones, así como a los distintos contenidos educativos que se utilizan en ellas.³

En México, desde principio de los ochenta estas clínicas han desarrollado tratamientos específicos para favorecer la disminución del tabaquismo.⁴ En la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), el éxito de una intervención al terminar las 10 sesiones de tratamiento puede ser hasta del 90%. Sin embargo, al realizar seguimientos a largo plazo, es-

tos resultados disminuyen de manera importante;⁵ aunque no sólo se trata de observar cómo disminuye el efecto de los diferentes tratamientos conforme pasa el tiempo, sino también deben considerarse los factores que intervienen en el inicio de estos tratamientos. Aveyard P *et ál*,⁶ señalan que hay factores que influyen en la decisión de incorporarse a tratamientos para dejar de fumar; afirman que en una revisión hecha a diferentes estudios de los que buscan ayuda, el 40% no se inscribe a estos programas.

Desde este planteamiento otros autores ofrecen información de las posibles causas. Según Prochaska JO *et ál*,⁷ los fumadores transitan por diferentes fases antes de tomar acciones y abandonar el consumo de tabaco, tales como: Precontemplación, contemplación, preparación y acción. West citado por Balmford J *et ál*,⁸ complementa esta propuesta afirmando que los pacientes suelen transitar de la fase de precontemplación a la de contemplación; es decir, que éste no es un proceso estático, sino más bien dinámico y que es esta inconsistencia lo que dificulta la toma de decisiones en el abandono del consumo.

En la actualidad, se están desarrollando nuevos modelos de intervención. Bajo una modalidad de Terapia Cognitivo-Conductual Extendida, Killen JD *et ál*,⁹ probaron que la cercanía y el acompañamiento de los pacientes favorece una abstinencia más duradera por lo que el éxito del tratamiento se incrementa. Esto se realiza a través de más terapias y más llamadas de seguimiento a los pacientes, acortando así la distancia entre los profesionales de la salud responsables del tratamiento y los pacientes.

En este trabajo se analizaron dos aspectos que podrían influir para que un paciente que acude a solicitar atención a la Clínica de Ayuda para

Dejar de Fumar del INER no finalice el trámite de inscripción. El primero fue evaluar el nivel socioeconómico de los pacientes que asisten y su impacto en el tratamiento; el segundo, tiene que ver con la ubicación geográfica de su domicilio en relación con la clínica. En este sentido, nuestra hipótesis es que los costos elevados del tratamiento y la ubicación geográfica de su domicilio a la institución son impedimentos para integrarse a nuestros programas. Un objetivo adicional de este trabajo fue determinar si la historia del éxito de nuestro programa medido como el número de personas que dejan de fumar a los 12 meses, podría ser un factor que determine el ingreso a nuestro programa, bajo la hipótesis de que si nuestro programa ha disminuido su éxito, entonces la popularidad del programa también lo habría hecho, explicándose como un sesgo de popularidad. El presente trabajo se realizó con la finalidad de probar estas hipótesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos: Se analizaron 1,279 pacientes que asistieron durante el periodo 2006 a 2008 a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER. Con una media de edad de 45 años, 631 (49.3%) fueron hombres y 648 (50.7%) mujeres residentes, en su mayoría, del Distrito Federal; 1,120 (87.6%), 131 (10.2%) del Estado de México; 17 (1.3%) fueron residentes del estado de Morelos y el resto, 11 (8%) de otras partes de la república. También se evaluó el éxito del Programa Cognitivo-Conductual a las cinco semanas y a los 12 meses.

Instrumentos: Para evaluar el nivel socioeconómico una trabajadora social, experta en el llenado de estos instrumentos, aplicó un cuestionario que incluyó indicadores unificados y aplicables para todos los Institutos Nacionales de Salud, diseñado para determinar el nivel social y económico de todos los pacientes que asistieron a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER. Este instrumento permite clasificar a los pacientes en seis niveles (1x, 1 al 6), que a su vez pueden subclasificarse para fines prácticos en tres, a saber: bajo (1 y 2), medio (3 y 4) y alto (5 y 6). Está constituido por ocho segmentos, datos de identificación que incluyen preguntas acerca de

la ubicación de su domicilio, delegación política y código postal, lugar de procedencia, derechohabiente de otra institución, referencia, ingresos y egresos y tipo de vivienda. Para corroborar estos datos se les requirió comprobantes de ingresos y de domicilio. Para fines de evaluación se consideró la delegación política como la unidad de medida para identificar cercanía o lejanía con respecto a la clínica. El Distrito Federal fue considerado a partir de un plano cartesiano y se identificaron a las delegaciones colindantes con Tlalpan como cercanas: Coyoacán, Magdalena Contreras, Xochimilco igual que Iztacalco, Iztapalapa ubicadas en el noroeste junto con Benito Juárez, Álvaro Obregón del suroeste, Tláhuac del sureste también fueron identificadas como cercanas. En el noreste, Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza y del noroeste Azcapotzalco, Miguel Hidalgo y Cuajimalpa se consideraron lejanas a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER igual que Milpa Alta ubicada en el sureste (Figura 1).

Para determinar el sesgo de popularidad de la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER decidimos comparar el éxito actual de nuestro programa con el obtenido hace 10 años. En forma arbitraria definimos como disminución de popularidad a un índice de abstinencia actual menor a la que se obtuvo hace 10 años.

La abstinencia fue definida como la suspensión absoluta de consumo de tabaco y corroborada al final del tratamiento con medición del monóxido de carbono en aire exhalado menor a 10 partículas por millón. El reporte de abstinencia a los 12 meses fue hecho por el mismo paciente y realizado a través de un seguimiento telefónico por personal especializado de nuestra clínica.

Este estudio fue retrospectivo, exploratorio y transversal. Para el análisis estadístico se empleó una chi-cuadrada para establecer diferencias entre las categorías.

RESULTADOS

Con respecto al nivel socioeconómico, 514 pacientes (40.2%) correspondieron al nivel bajo; 704 (55.0%) al medio, y 61 (4.8%) al alto. En cuanto al número de personas que decidieron

Ubicación de la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER

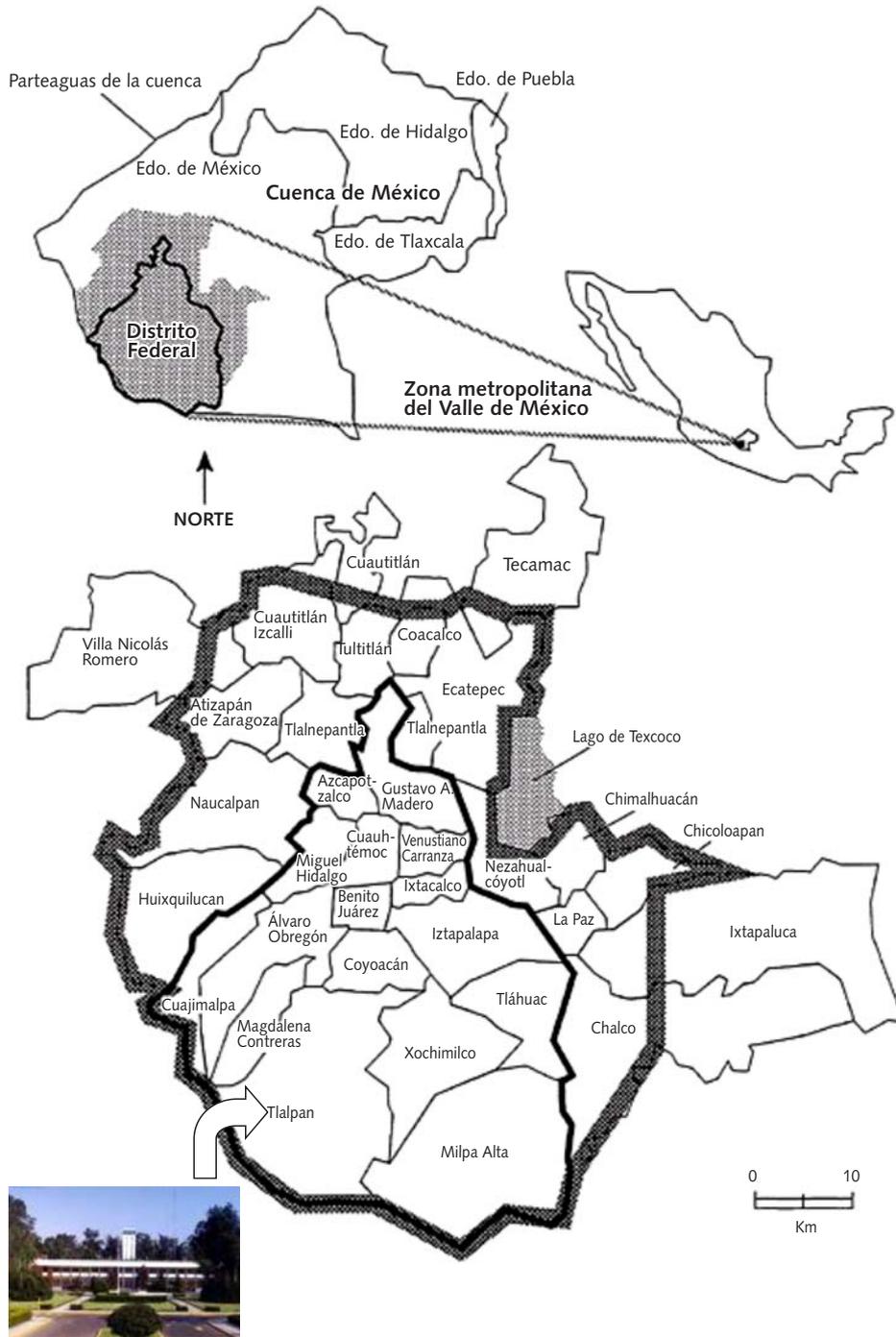


Figura 1. Ubicación de las delegaciones políticas en que está dividido el Distrito Federal y su ubicación con respecto a Tlalpan donde se ubica la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar, así como los límites con el Estado de México y otros lugares de procedencia.

Tabla I. Total de pacientes que asisten a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER.

Últimos tres años	Asistieron a solicitar tratamiento	Ingresaron a tratamiento n (%)	No ingresaron a tratamiento n (%)
2006	496	236 (47)	260 (53)
2007	462	174 (38)	288 (62)
2008	321	133 (41)	188 (59)
Total	1,279	543 (42)	736 (58)

Pacientes que asistieron a solicitar atención a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar en el periodo 2006-2008.

Tabla II. Ubicación del domicilio y nivel socioeconómico de los pacientes que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER.

Variable	Inscritos n = 543 (42%)	No inscritos n = 736 (58%)	p
<i>Ubicación geográfica</i>			
- Cerca	411 (76)	554 (75)	0.458
- Lejos	132 (24)	182 (25)	
<i>Nivel socioeconómico</i>			
- Bajo	233 (43)	281 (38)	0.03*
- Medio	291 (53.6)	413 (56)	
- Alto	19 (3.5)	42 (6)	

Los resultados fueron obtenidos utilizando la prueba de chi-cuadrada. * p < 0.05

Éxito del tratamiento para dejar de fumar 1998-2008

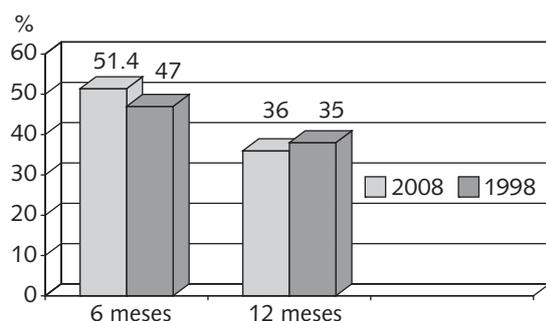


Figura 2. Comparación del éxito del programa obtenido en 1998 y los obtenidos actualmente a los 6 y 12 meses de seguimiento.

quedarse en el programa de 2006, 496 solicitaron servicio, de las cuales sólo 236 (47.5%) se inscribieron. En el 2007, asistieron 462 y sólo 174 (37.6%) se inscribieron y en el 2008 llegaron 321, de éstos, 133 (41%) concluyó el trámite y se inscribió al tratamiento (Tabla I).

Referente a la ubicación geográfica de su domicilio, se encontró que los mayores porcentajes se ubicaron en las delegaciones Coyoacán (17.8%), Iztapalapa (10.8%) y Tlalpan (19.2%). Todas ellas consideradas como cercanas a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER, mientras que algunas colonias del Estado de México y Zona Metropolitana representaron juntas sólo el 10.4%.

Al realizar un análisis que permitiera conocer la asociación entre el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica del domicilio de los pacientes con su inscripción a un programa para dejar de fumar, se observó que no hay asociación entre la inscripción y la ubicación geográfica ($p = 0.458$), pero sí con los que tienen mejor nivel socioeconómico ($p = 0.03$) (Tabla II).

Actualmente, con relación al éxito del tratamiento reportado se apreció que el porcentaje de abstinencia después de un año de seguimiento es del 36%, estudio que se hizo para el 2008, en tanto que para 1998 fue de 35% (Figura 2).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las principales observaciones que se desprenden de este trabajo es que la cercanía o lejanía del domicilio del fumador no determina el ingreso al tratamiento para dejar de fumar a diferencia del nivel socioeconómico, que de acuerdo con los resultados sí es un elemento importante en la decisión. Por otra parte, el éxito del programa que actualmente se utiliza en la clínica al igual que su contenido es aproximadamente el mismo que se había reportado hace 10 años, es decir, de aproximadamente 35% al año.

La discusión de nuestros resultados la podemos dividir en dos partes. La primera la enfocaremos a especular por qué los fumadores no acuden a buscar ayuda para dejar de fumar; la segunda parte se enfocará a revisar qué ocurre una vez que los fumadores han decidido entrar a un programa de ayuda. Es importante mencionar que el porcentaje de abstinencia sostenida no se ha modificado en los últimos 10 años y esto, sin duda, sugiere que la popularidad de nuestra clínica permanece igual.

La ubicación geográfica del domicilio de las personas que quieren apoyo para dejar de fumar puede ser un factor que incida al tomar la decisión de no asistir al programa, no obstante de que hicieron el esfuerzo para llegar a buscar la información. Nuestros resultados indican que un grupo proporcionalmente igual acude de las zonas geográficamente alejadas que de las cercanas; es decir, que la distancia no es una barrera. Cuando examinamos el nivel socioeconómico, asumiendo que el costo podría explicar el número reducido de fumadores que deciden quedarse en el programa, tampoco encontramos que éste pudiera ser un factor que determine que los fumadores decidan no quedarse, sumado al hecho de que prácticamente la mitad de quienes asisten reportan un nivel socioeconómico bajo y que probablemente su expectativa del INER al ser un Instituto Nacional de Salud (sector público) es diferente en cuanto a costos y accesibilidad para ellos.

Aveyard P *et ál*,⁶ en un metaanálisis refirieron que el 40% de los sujetos no se inscribieron a un tratamiento especializado después de que acudieron a su médico a pedir ayuda; es posi-

ble especular que una de las razones importantes sería que aún no están preparados para dejar de fumar. Es decir, en el esquema de Prochaska JO *et ál*,⁷ se encuentran en la fase de contemplación, y en el esquema de West retomado por Balmford J *et ál*,⁸ corresponde a los individuos que entran y salen en forma alternada del proceso contemplativo al precontemplativo.⁹

Un abordaje posible es que cuando lleguen a pedir información, se aproveche este momento para darles información adicional para que puedan transitar de la fase contemplativa o precontemplativa a una fase de preparación, o mejor aún a la de acción.

Con respecto al éxito de nuestro programa en términos de abstinencia sostenida por un año o más, nuestros resultados muestran en forma consistente un porcentaje de abstinencia de aproximadamente el 35% a través de los últimos 10 años. En este sentido es importante hacer algunas precisiones, los resultados que reportamos hace 10 años y los actuales derivan de observaciones no controladas ni con placebo ni contra otras maniobras. Lo que hemos reportado se refiere al porcentaje de individuos a quienes hemos seguido en el tiempo a través de llamadas telefónicas y sesiones mensuales postratamiento. Un porcentaje importante de ellos tuvo, además del apoyo cognitivo-conductual, terapia farmacológica a base de bupropión o terapia de reemplazo con nicotina. Este doble abordaje, es decir, conductual y farmacológico, así como el seguimiento mensual durante un año (telefónico y sesiones grupales) y una última reunión al año, a la que se conoce como *Reunión Anual de Exfumadores*, explican el porcentaje relativamente alto de nuestra intervención.

No obstante creemos que se debe evaluar críticamente cada uno de los procesos de atención al fumador que preceden a la decisión de quedarse o no quedarse en un programa. Así, se deben mejorar cada una de las partes que conforman el tratamiento para dejar de fumar; desde la entrevista que puede ser lo que determine que un paciente decida o no quedarse en el tratamiento, ya que es el primer contacto y la etapa en donde el paciente obtiene información acerca del tratamiento, hasta los procesos administrativos.

El problema de las adicciones se tiene que abordar con prontitud ya que cualquier defecto, mala atención, tiempo de espera prolongado o, como en este estudio, costos inaccesibles para el tipo de población que busca nuestra ayuda, se podría tomar como un buen pretexto para que el paciente decida olvidarse de su objetivo: *Dejar de fumar*. Por este motivo, se deben agilizar los trámites en esta etapa pues p. ej., si el tiempo que se invierte en dar información, entrevistar al paciente, proporcionarle su nivel socioeconómico y hacer el pago de su tratamiento se acortara, es muy probable que se reduzca también el número de pacientes que decidan no inscribirse al tratamiento.

En resumen, más de la mitad de los pacientes que acuden a pedir informes para dejar de fumar no se inscriben a uno de nuestros programas, explicándose por los costos o el estado socioeconómico de los pacientes, mientras que no se explica por la distancia entre nuestro Instituto y su domicilio. Por otro lado, si el éxito reportado por nuestra clínica desde hace 10 años es el mismo que el actual, nos indica, entonces, que la popularidad de nuestra clínica permanece igual. No obstante, queda claro que se requiere más trabajo en la primera entrevista para ayudar a que los fumadores pasen de la etapa de contemplación a la de acción. Por otra parte, las modificaciones propias del programa es una necesidad que se hace evidente ante los resultados de otros ensayos similares al nuestro.

REFERENCIAS

1. Peto R, López AD. *Future worldwide health effects of current smoking patterns*. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarts MR, editors. *Critical issues in global health*. San Francisco, Calif: Jossey- Bass; 2001.p.154-161.
2. Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud. *Las consecuencias del tabaco para la salud. En: La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control de tabaco*. Washington DC., USA: OPS;2000.p.25-26.
3. Ponciano-Rodríguez G, Morales-Ruiz A. *Evaluación del Programa de Tratamiento para la Cesación del Tabaquismo en la Clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Salud Pública Méx 2007;49(Supl 2):247-265.
4. Puente SFG, Balzaretto GM, de la Teja CNH. *Experiencias de las clínicas de tabaquismo. Resultados de un programa educativo-conductual*. Salud Mental 1984;7:62-68.
5. Sansores MR, Córdoba PMP, Espinosa MM, et ál. *Evaluación del Programa Cognitivo-Conductual para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 1998;11:29-35.
6. Aveyard P, Brown K, Saunders C, et ál. *Weekly versus basic smoking cessation support in primary care: a randomized controlled trial*. Thorax 2007;62:898-903.
7. Prochaska JO, DiClemente CC. *Stages and processes of selfchange of smoking: toward and integrative model of change*. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-395.
8. Balmford J, Borland R, Burney S. *Exploring discontinuity in prediction of smoking cessation within the precontemplation stage of change*. Int J Behav Med 2008;15:113-140.
9. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, et ál. *Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation*. Addiction 2008;103:1381-1390.

Correspondencia:

Mtra. Mónica Méndez Guerra,
 Coordinadora de la Clínica de Ayuda
 para Dejar de Fumar. Departamen-
 to de Investigación en Tabaquismo,
 Instituto Nacional de Enfermedades
 Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
 Calzada de Tlalpan Núm. 4502,
 colonia Sección XVI. México, D.F.,
 14080
 Correo electrónico:
 monicasa6@yahoo.com.mx