
SISTEMA INSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

EVALUACIÓN DE LA CLÍNICA PARA DEJAR DE FUMAR CIJ

Marina Velázquez Altamirano
Alberto Javier Córdova Alcaráz

Centros de Integración Juvenil
Dirección de Investigación y Enseñanza
Subdirección de Investigación

Informe de investigación 11-14

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar de manera retrospectiva los resultados del Programa de Tratamiento para dejar de fumar que se aplica a los pacientes que asisten a las unidades de atención de Centros de Integración Juvenil. El diseño consistió en un estudio cuantitativo, descriptivo, ex post facto, con valoración retrospectiva transversal. A través de un muestreo no probabilístico, se eligieron 36 Centros de Integración Juvenil de la República Mexicana y se encuestó a 370 consumidores de tabaco que se encontraban en la última sesión del tratamiento entre los meses de marzo y agosto o bien en la etapa de seguimiento. Se diseñó la cédula *CEPTF* (Cédula de Evaluación del Programa de Tratamiento para dejar de fumar) la cual evaluó motivos y creencias relacionadas con el consumo de tabaco, el grado de abstinencia al momento de responder el cuestionario, los principales daños a la salud de los pacientes y el mejoramiento después de haber tomado el tratamiento, así como las sugerencias y/o comentarios de ellos hacia el programa. El instrumento elaborado para esta investigación presentó adecuadas características de confiabilidad y validez. En general se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la modificación de creencias relacionadas con el consumo, se mejoró ostensiblemente la salud de los pacientes y se cumplió el objetivo de CIJ de disminuir y/o erradicar el consumo de tabaco.

El tabaquismo es un problema de salud pública considerado una epidemia (Organización Mundial de la Salud, 2003; Lazcano y Hernández, 2002) que afecta a millones de personas en el mundo tanto por el consumo directo de la nicotina como a la exposición involuntaria del humo de tabaco (Organización Panamericana de la Salud, 2010; World Health Organization, 2011; Secretaría de Salud, 2011). La nicotina es señalada desde hace varios años como de las más potentes ya que los procesos de dependencia tanto farmacológicos como biológicos son similares a los de otras sustancias de abuso (Peña-Corona, Kuri, Tapia, 2000; NIDA 2009 y NIDA, 2010) y se debe fundamentalmente a que esta sustancia llega a sus niveles máximos al torrente sanguíneo durante los primeros 10 segundos de haber sido inhalada, penetrando y activando rápidamente los circuitos de las vías de gratificación del cerebro. Las experiencias placenteras y las sensaciones de gratificación asociadas desaparecen rápidamente incitando al fumador al consumo dosificado repetidamente durante el día para mantener los efectos placenteros y evitar el síndrome de abstinencia (NIDA, 2010).

La adicción al tabaco se caracteriza por la dependencia psicológica y física principalmente por la nicotina (Peña-Corona, Kuri, Tapia, 2000; NIDA, 2010). Si bien esta sustancia es altamente adictiva, el cigarro, puro u otros productos sin humo más recientes como el tabaco en polvo o rapé (“snuff”), tabaco de mascar, entre otros, contienen materias químicas peligrosas como el alquitrán, monóxido de carbono, acetaldehído y más componentes que afectan a prácticamente todos los órganos del cuerpo (NIDA, 2009 y NIDA, 2010). Entre los padecimientos causados por el consumo de tabaco son la bronquitis crónica, cáncer de pulmón (Peña-Corona Gutiérrez M.P., Kuri, Tapia, 2000; Tapia, Kuri, Hoy, 2001; CONADIC, 2002; NIDA, 2009) y cáncer de laringe en hombres (Peña-Corona, Kuri, Tapia, 2000; CONADIC, 2002). Sin embargo, al hábito de fumar se le ha relacionado también con otras alteraciones como enfermedad cerebrovascular, enfisema, cáncer de esófago, cáncer de vejiga y cáncer de páncreas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hiperactividad de las vías respiratorias, enfermedades cardiovasculares, enfermedad oclusiva arterial periférica, efectos perinatales, enfermedades metabólicas y se ha demostrado ser un factor de riesgo para la evolución del miocardio en jóvenes (Peña-Corona, Kuri, Tapia, 2000; Tapia, Kuri, Hoy, 2001).

También es importante considerar que el humo pasivo o secundario que se conoce igualmente como humo ambiental aumenta el riesgo de desarrollar muchas enfermedades. Los no

fumadores que están expuestos al humo pasivo en cualquier espacio cerrado es probable que desarrollen enfermedades del corazón, cáncer de pulmón, problemas respiratorios como tos, flema y reducción de la función pulmonar (NIDA, 2009). Asimismo los niños que tienen contacto con el humo poseen un mayor riesgo de muerte súbita, problemas respiratorios agudos, problemas del oído y riesgo de empeoramiento de síntomas del asma (Valdés, Hernández, 2002; NIDA, 2009).

De acuerdo con la Organización mundial de la salud (OMS, 2003) en 2003 existían 1.300 millones de fumadores y el número de muertes cobradas por el consumo de tabaco fue de 5 millones al año. Actualmente a nivel mundial el tabaquismo sigue siendo el líder de causa de muerte prevenible y los decesos que se le atribuyen ascienden a casi 6 millones de personas. La mayoría de estas muertes se produce en países de medianos y bajos ingresos. Según la WHO si las tendencias actuales continúan, para el año 2030 el tabaco causará más de 8 millones de muertes anuales (World Health Organization, 2011)

Por otra parte la base de las prevalencias del consumo de tabaco en México han sido las Encuestas Nacionales de las Adicciones realizadas cada cinco años, cuyos resultados evidenciaron en 1988 (ENA, 1988) y en 1993 (ENA, 1993) prevalencias de fumadores de entre 12 a 65 años de alrededor del 25%, mientras que para 1998 aumentó (27.7%). En 2002 se observó un descenso del 26.4% consumidores de tabaco (ENA, 2002). Para 2008 se encontró que cerca de 14 millones de mexicanos son fumadores activos (18.5% de la población de 12 a 65 años), con mayor porcentaje de fumadores hombres (27.8%) que de mujeres (9.9%) (ENA, 2008), resaltando que el inicio del consumo se da principalmente en la adolescencia. Esto se atribuye a que los niños y los adolescentes son un grupo de riesgo por la facilidad de acceso a los cigarrillos, la presión del grupo y la promoción del cigarrillo (Tapia, Kuri, Hoy, 2001). La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (2010) reportó que el 15.9% (10 millones de mexicanos) de la población mayor de 15 años en México era fumadora. Se encontró mayor porcentaje de hombres que fuman (24.8%) que de mujeres (7.8%). Por su parte la Secretaría de Salud (2011) señaló recientemente que el tabaquismo es un factor de riesgo ya que representa seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo.

Particularmente en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) entre los años 2004 y 2010 se ha observado que alrededor del 80% de pacientes usuarios de drogas ilícitas consume tabaco (Gutiérrez, 2011). Para el segundo semestre de 2010 se encontró dentro del grupo de usuarios

de drogas lícitas que el 13.7% consumía únicamente tabaco y 65% usaba ambas sustancias. Entre las principales características sociodemográficas de los usuarios exclusivos de tabaco fueron haber ingresado a tratamiento a una edad promedio de 38.2 años \pm 18.9, asistieron más mujeres (50.5%) que hombres (49.5%). En promedio iniciaron el consumo de tabaco entre los 10 y los 19 años e ingresaron a tratamiento después de 26 años. La mayoría de los pacientes se encontraban solteros (38.0%) o bien casados (35.4%) al momento de ingresar a tratamiento, 34.6% se dedicaba a trabajar, 23.7% a estudiar y 23.5% a realizar actividades del hogar. En general los pacientes acudieron por iniciativa propia a solicitar apoyo en el CIJ. Los problemas más frecuentes que los pacientes asociaron al consumo fueron de salud (52.7%) y 35.3% tuvo más problemas familiares (Velázquez, 2011).

Derivado de considerar este suceso desde hace más de una década Centros de Integración Juvenil tiene el propósito de erradicar el consumo de tabaco y otras sustancias, brindar atención integral a los problemas psicológicos y de salud generados por el consumo, incluyendo la rehabilitación, reinserción social, apoyo y orientación a los familiares de los consumidores con el objetivo de favorecer ambientes libres de drogas y mejorar su desempeño y calidad de vida. El Programa de Tratamiento para dejar de fumar diseñado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) se ha implementado en todas las unidades de atención de CIJ y consiste en un Modelo Cognitivo Conductual (MCC) cuyo objetivo estriba en una estructuración perceptual de aprendizaje a partir de la repetición de estímulos y respuestas que se originan en el contexto familiar, escolar y en la comunidad entre otros, debido a que se considera que la conducta de fumar se aprende observando a otras personas. El propósito es que el paciente reconozca pensamientos y emociones que anteceden o acompañan el deseo a la conducta de fumar por medio del automonitoreo, lo que facilita la modificación de la conducta de fumar y las creencias relacionadas con esta, así mismo permite el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para dejar el consumo de tabaco, apoyados en el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) en el cual se considera importante la triada que se forma entre los pensamientos, las emociones y las conductas alrededor del consumo de tabaco del paciente (Chávez, 2010).

Con este modelo también se incluye un entrenamiento de habilidades sociales como la asertividad, la toma de decisiones y el control de estrés; apoyado en estrategias como la Reestructuración Cognitiva de la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva a las adicciones de Beck, la solución de problemas (toma de decisiones, modelado, autocontrol) y

entrenamientos en relajación (Ramallo, 1981; Chávez, 2010). En general el tratamiento consta de diez sesiones grupales y posteriormente de sesiones de seguimiento para reforzar los cambios generados, motivar al paciente a mantener la abstinencia e incentivarlos para lograr el cambio definitivo. El tratamiento también incluye sólo si es necesario, según la valoración del médico, la Terapia de Reemplazo a la Nicotina (TRN) con parche de nicotina de manera transdérmica o bien con chicle de nicotina (Chávez, 2010). Estos métodos han sido utilizados en diversos lugares donde se les brinda atención a fumadores con la finalidad de disminuir la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia, que si bien no se descartan efectos secundarios por el uso de estos productos, la administración de estos métodos aplicados con el debido cuidado y conocimiento de las contraindicaciones y de la calidad de los productos, se obtienen grandes beneficios en cuanto a lograr abandonar el cigarro sin crear dependencia, además de que genera sustancialmente mayores porcentajes de éxito en el tratamiento. (Jiménez, 2001; Solano y Jiménez, 2001; Jiménez-Ruiz, Ayesta, Planchuelo, Abengozar, Torrecilla, Quintas, Hernández, de la Cruz, Ramos, Romero y cols, 2003).

Este Programa de Tratamiento para dejar de fumar ha sido evaluado anteriormente y según los últimos resultados se apreció efectivo en cuanto a los objetivos que persigue, tales como el abandono del consumo de tabaco o la disminución considerable del mismo, así como la mejoría de los pacientes en cuanto a la resolución de problemas psicosociales y de salud alrededor de la conducta de fumar (Jiménez y Castillo, 2003). Sin embargo, dados los cambios actuales tanto sociales, políticos, económicos entre otros; la alta demanda de pacientes que han ingresado a tratamiento por consumo de tabaco en CIJ (Gutiérrez, 2011) y el número elevado de fumadores que existen en México (Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, 2010), hacen que los programas dirigidos a esta población de consumidores de drogas requiera de valoración continua con el propósito de conocer los resultados y las posibles necesidades de ajuste, enriquecimiento y mejora de la calidad de los servicios de tratamiento. A raíz de lo expuesto anteriormente es que se desarrollo la presente evaluación de resultados del *Programa de Tratamiento para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil*.

METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Evaluar de manera retrospectiva los resultados del Programa de Tratamiento para dejar de fumar que se aplica a pacientes que asisten a las unidades de atención de Centros de Integración Juvenil A. C.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características sociodemográficas de la población que ingresó a tratamiento para dejar de fumar.
2. Establecer las características psicométricas (Confiabilidad y validez) de los instrumentos.
3. Determinar las características y el grado de dependencia tanto de los pacientes que se encontraban en la última sesión del tratamiento como de los de seguimiento.
4. Identificar los motivos y las creencias relacionadas con el consumo de tabaco antes y después del tratamiento (Pacientes en la última sesión del tratamiento y en etapa de seguimiento).
5. Identificar los principales daños a la salud de los pacientes (Pacientes en la última sesión del tratamiento y en etapa de seguimiento) como consecuencia del el consumo y la mejoría después de haber asistido al tratamiento.
6. Realizar bosquejo cualitativo de los comentarios y/o sugerencias de los pacientes al programa de tratamiento.

DISEÑO

Esta investigación consistió en un diseño cuanti-cualitativo, descriptivo, ex post facto, con valoración retrospectiva transversal.

PARTICIPANTES

En el estudio se consideraron pacientes que ingresaron al programa de tratamiento para dejar de fumar en los CIJs: Álvaro Obregón Norte, Azcapotzalco, Benito Juárez, Cancún, Celaya, Ciudad Juárez Norte, Chihuahua, Colima, Cuauhtémoc Oriente, Cuauhtémoc Poniente, Guasave, Gustavo A. Madero Aragón, Gustavo A. Madero Norte, Gustavo A. Madero Oriente, Iztapalapa Poniente, La Paz, Los Mochis, Mazatlán, Mexicali, Monterrey, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Pachuca, Poza Rica, Salamanca, Tecomán, Texcoco, Tijuana Soler, Tlalpan Periférico, Tlaquepaque, Toluca, Unidad Movil 1, Venustiano Carranza, Zacatecas y Zapopan Norte.

La muestra estuvo conformada por 370 consumidores de tabaco, de los cuales 214 pacientes se encontraban en la última sesión del tratamiento entre los meses de mayo y agosto de 2011, mientras que 156 habían culminado el tratamiento y se encontraban en la etapa de seguimiento. En total 63.8% fueron hombres y 35.9% mujeres, la mayoría estaba casado

(42.4%), soltero (24.9%), separado y/o divorciado (14.6%). En cuanto a la escolaridad, 33.8% tenía estudios de secundaria, 23.8% de preparatoria, 17.6% ostentaba estudios profesionales y 14.3% contaba únicamente con educación primaria. La mayoría de los pacientes disponía de un empleo (35.4%), se dedicaba a actividades del hogar (18%), al comercio (12.2%) o estudiaba (9.2%).

El promedio de edad de los pacientes que se encontraban en la última sesión del tratamiento fue de 39.7 años \pm 15.5, mientras que aquellos que estaban en la etapa de seguimiento consistió en 48.9 años \pm 15.0. De los pacientes en seguimiento 25.1% tenía entre 1 y 6 meses asistiendo a la unidad de atención, 4.1% entre 7 y 11 meses, 3.5% asistía desde hace 1 a 2 años, 1.6% entre 3 a 4 años y 1.9% mantenía el seguimiento de entre 5 a 6 años.

INSTRUMENTOS

Para este estudio se creó la *Cédula de Evaluación de Resultados del Programa de Tratamiento para dejar de fumar (CEPTF)* diseñada a partir de revisión documental y con apoyo del cuestionario de *Fagerström* (Fagerström y cols., 1996) así como del cuestionario de *Motivos de Consumo de Tabaco*, instrumentos que han sido utilizados en el tratamiento para dejar de fumar de CIJ. La cédula está conformada por tres secciones, en las cuales se evalúa: 1) el *grado de dependencia* de los sujetos antes y después del tratamiento, 2) el reconocimiento de *los Motivos y Creencias* que determinaron la conducta de fumar dentro de las categorías: *Activación física y psicológica, Reducción de la tensión en situaciones específicas* y el área *Psicosocial*, así mismo valora 3) los principales daños a la salud de los pacientes y los beneficios a la salud después de haber asistido al tratamiento. Asimismo contiene un espacio abierto donde se le brinda al paciente la oportunidad de expresar sugerencias y/o comentarios hacia el programa.

ANÁLISIS

Se efectuó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de patrón de consumo de tabaco, se calculó la confiabilidad de cada una de las secciones de la Cédula *CEPTF* a través del coeficiente *Alpha de Cronbach*. Posteriormente se determinó la validez de la sección de motivos y creencias relacionadas con el consumo de tabaco mediante un *Análisis factorial*. Finalmente se determinó la validez de cada una de las preguntas que evalúan el grado de dependencia de los pacientes así como de los daños causados por el consumo de tabaco

antes y después del tratamiento a través del modelo de estadístico X^2 para determinar diferencias de proporciones de los resultados y Prueba t para diferencia entre medias.

PRINCIPALES HALLAZGOS

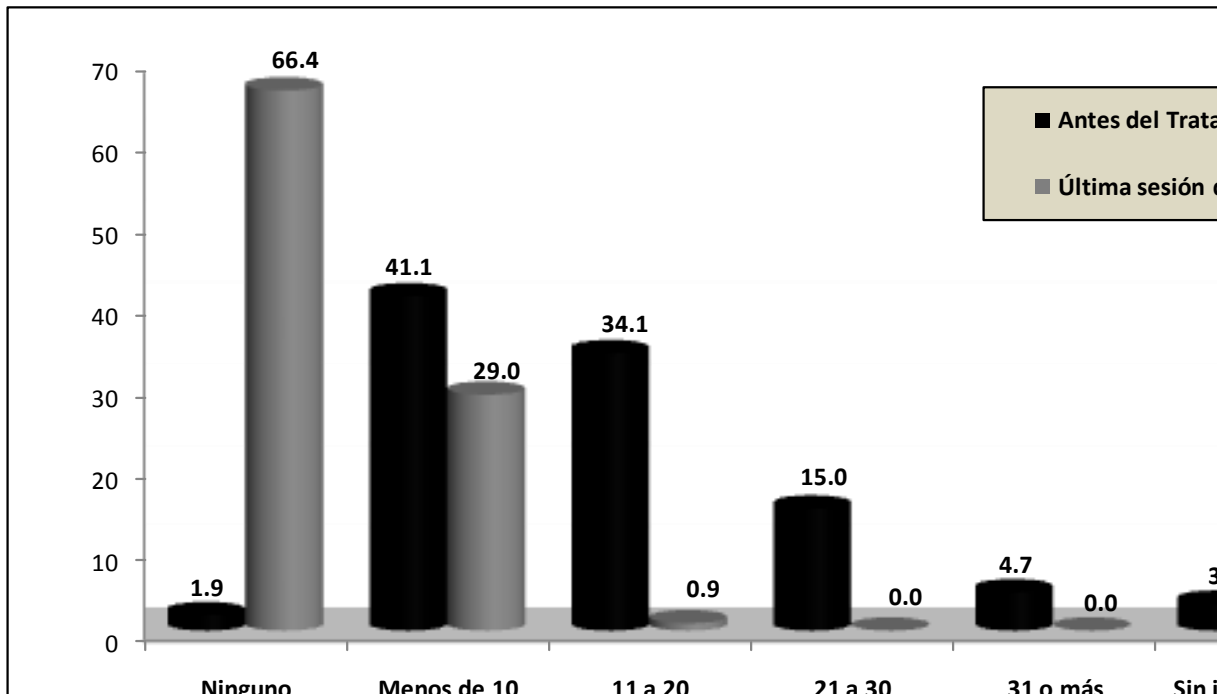
Características de Dependencia

De los pacientes que llegaron a la última sesión, la mayoría consumía antes del tratamiento hasta 10 cigarros al día (41.3%), poco más de la tercera parte fumaba de 11 a 20, la cuarta parte consumía de 21 a 30 y una proporción menor consumía más de 31 cigarros diariamente (4.7%) (Gráfica 1). De estos pacientes 28.5% fumaba el primer cigarro después de una hora de haber despertado, mientras que 27.6% lo hacía a los cinco minutos, 19.6% comenzaba a fumar entre los 6 y 30 minutos después de despertar y una cuarta parte lo hacía alrededor de media a una hora después. En cuanto a los cigarros que se consume al día, el mayor porcentaje de los pacientes (48.1%) comentaron que el primero de la mañana no es el que más necesitaban, sin embargo una proporción importante tuvo la necesidad de fumar por la mañana (43.1%). En mayor proporción (45.3%) los pacientes mencionaron que en los lugares donde estaba prohibido fumar encontraban dificultades para no hacerlo. Si bien 43% dijo no tener ningún problema en abstener el consumo. Asimismo 56.1% de los pacientes después de consumir el primer cigarro del día, fumaban enseguida otros más. Sin embargo, 37.4% no lo hacía. En su mayoría los pacientes fumaban incluso si estaban enfermos o si tenían que quedarse en cama por enfermedad. (Tabla 1)

Como se observa antes del tratamiento los pacientes se encontraban en un nivel de dependencia severa. Sin embargo, al haber llegado a la última sesión, desapareció el consumo de más de 20 cigarrillos diariamente. El porcentaje de pacientes que presentaron abstinencia de consumo de tabaco aumentó considerablemente en todos los aspectos a más del 65.0%. En cuanto al consumo de 11 a 20 cigarros bajó 33.2 puntos porcentuales y más de la mitad de los que consumían menos de diez cigarros al día, dejó de hacerlo (Gráfica 1). Los pacientes en su mayoría disminuyeron el consumo de cigarrillos al despertar y hasta una hora después. Si bien, 15.4% de los pacientes seguía haciéndolo después de una hora. Por consiguiente el cigarro que más se necesitaba al día no era el de la mañana, sino el de otro momento del día pero en menor cantidad (21.0%). Casi todos los pacientes se abstenían sin dificultad en lugares

prohibidos, no consumían otros cigarrillos después del primero y evitaron fumar en estado de enfermedad (Tabla 1).

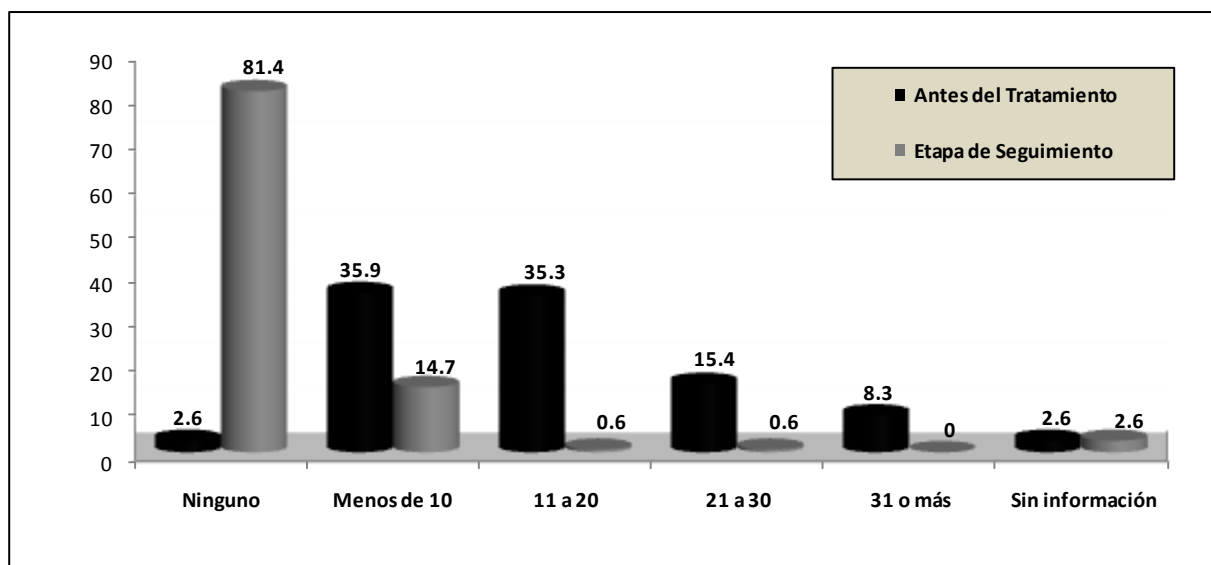
Gráfica 1. Consumo diario de cigarrillos, antes y después del tratamiento.



De manera comparativa con los resultados de los pacientes que culminaban el tratamiento con aquellos que estaban en la etapa del seguimiento, los cuales tuvieron menor proporción (35.9%) de consumo de 10 cigarrillos o menos al día. El consumo de 11 a 30 cigarrillos diarios fue similar en ambos grupos. Sin embargo, aumentó el porcentaje de casos que consumían 31 o más cigarrillos (8.3%). En cuanto al consumo posterior al momento de despertar de estos pacientes se observa una mayor frecuencia después de una hora (32.1%) o bien a los 5 minutos de haber despertado (30.8%) en comparación con los pacientes que estaban en la última sesión de tratamiento. En cambio el consumo entre los 6 minutos a una hora fue menor para los de seguimiento (Tabla 2). Estos pacientes tuvieron mayor frecuencia en cuanto a reportar que el cigarrillo de la mañana es el que más necesitan (54.5%) así como de presentar mayor dificultad para dejar de fumar en lugares donde estaba prohibido el consumo de tabaco (49.4%). Asimismo hubo mayor porcentaje de pacientes en seguimiento que consumía otros cigarrillos posteriores al primero (60.3%) y poco más de la tercera parte de ellos fumaba en estado de enfermedad (Tabla 2).

De igual manera los pacientes en seguimiento mostraron índices altos de consumo de cigarras antes del tratamiento. Si bien, al estar en la etapa de seguimiento ya no consumían más de 31 cigarras al día y en cuanto al consumo de entre 11 y 30 cigarrillos descendió casi en su totalidad a 0.6%. Si bien se observa que en comparación con los pacientes que culminaban el tratamiento este no desapareció. El porcentaje de pacientes en abstinencia de nicotina se elevó al 81.4% considerablemente. Sólo la cuarta parte de los pacientes en seguimiento continuaba con el consumo de 10 cigarras o menos al día (Gráfica 2). La mayoría dejaron de consumir cigarras al despertar 82.7%. El porcentaje de pacientes que fumaban el primer cigarro entre los 5 minutos y más de una hora después de despertar disminuyó de manera importante. Los pacientes en su mayoría ya no necesitaban el primer cigarro de la mañana. Sin embargo 12.8% necesitaba tabaco en otro momento del día. De igual forma con los pacientes en la última sesión de tratamiento, no se presentaba dificultad para abstenerse en lugares donde se prohibía el consumo de tabaco. Así mismo evitaban fumar en estado de enfermedad (Tabla 2).

Gráfica 1. Consumo diario de cigarras, antes y después del tratamiento (pacientes en etapa de seguimiento)



Para definir estadísticamente las diferencias proporcionales de los resultados previos al tratamiento y al final de éste, se realizó el análisis comparativo de toda la población y posteriormente para cada uno de los grupos (Pacientes que estaban finalizando el tratamiento y Pacientes en seguimiento). Los resultados evidenciaron diferencias significativas en la mayoría de los cuestionamientos, excepto en lo que se refiere al tiempo que los pacientes esperan para fumar el primer cigarrillo del día después de despertar y en cuanto al consumo inmediato de

algunos cigarrillos más después de haber consumido el primero, que aunque presentaron diferencias en un sentido positivo no fueron significativas estadísticamente (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de resultados en la sección de dependencia antes y después del tratamiento

	χ^2		
	Resultado General	Pacientes al final del Tx	Pacientes en seguimiento
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?	18.10*	21.42**	8.68
2. ¿Cuánto tiempo después de despertar, comienza a fumar?	13.69	19.67	14.89
3. De todos los cigarrillos que consume durante el día ¿Cuál es el que más necesita?	29.65**	24.03**	9.13*
4. ¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo?	12.35*	6.27	10.75*
5. Después de consumir el primer cigarrillo del día ¿fuma rápidamente algunos más?	6.84	3.35	7.51
6. ¿Fuma incluso si está enfermo, o si tiene que quedarse en cama por enfermedad?	17.96**	8.58*	10.97*

* Significativo al .05, ** Significativo al .01

Motivos y creencias relacionadas al consumo de tabaco

Para definir la confiabilidad de la sección de motivos y creencias relacionadas con el consumo de tabaco se realizó un *Alpha de Cronbach*, cuyos resultados fueron aceptables ($\text{Alpha}=.86$). Posteriormente se realizó la validez de la sección mediante un análisis factorial, del cual se desprendieron tres áreas: 1) *Activación física y psicológica* que se refiere a las creencias referentes a que el fumar aumenta la energía física cuando se está cansado o aburrido y se piensa que sólo con el consumo de tabaco se disminuyen los síntomas de abstinencia como la irritabilidad, depresión, sudoración, falta de concentración y el aumento del apetito. 2) *Reducción de la tensión en situaciones específicas*, vinculada a que el consumo de tabaco sirve para evitar sensaciones desagradables como ansiedad, coraje e incluso vergüenza sobre todo en situaciones sociales muy específicas acompañado de una taza de café o té, o de alguna bebida alcohólica, después de comer, etc. y 3) *Área Psicosocial* se acompaña de situaciones en las que se pretende mantener un estatus social, con la creencia de que brinda seguridad y personalidad sofisticada y seductora la fumador. Una vez realizado lo anterior se procedió a

evaluar la confiabilidad y varianza explicada de cada una de las áreas conformadas, de las cuales se obtuvo lo siguiente: (Tabla 4 y 5).

Tabla 4. Análisis de Confiabilidad (sección Motivos y Creencias relacionadas al consumo de tabaco)

Factores	Confiabilidad	Varianza explicada
Resultado Global de la sección de motivos y creencias relacionadas con el consumo de tabaco	.86	45.90
Activación física y psicológica	.80	31.55
Reducción de la tensión en situaciones específicas	.70	8.04
Psicosocial	.66	6.30

Tabla 5. Análisis factorial (sección Motivos y Creencias relacionadas al Consumo de tabaco)

	Activación física y psicológica	Reducción de la tensión en situaciones específicas	Psicosocial
Me permite trabajar mejor	.719		
Me gusta hacerlo cuando tengo trabajo monótono o aburrido	.666		
Me permite no sentirme solo	.585		
Me ayuda a sentirme más alerta y con energía	.565		
Me ayuda a no sentir síntomas físicos desagradables	.563		
Me hace olvidar mis preocupaciones	.537		
Me permite concentrarme mejor	.495		
Me ayuda a permanecer despierto	.473		
Me tranquiliza cuando me siento enojado		.795	
Me tranquiliza cuando me siento tenso o nervioso		.762	
Me hace olvidar mis preocupaciones		.522	
Es placentero y gratificante		.514	
Lo disfruto después de los alimentos		.509	
Es parte de mi personalidad			.714
Me da seguridad			.697
Me permite sentirme aceptado en reuniones sociales			.674
Es gratificante al sentir el cigarro o la cajetilla en mis dedos o manos, golpearlo de determinada manera, ver el humo, etc.			.450

En un segundo momento se efectuó la evaluación de las calificaciones resultantes previa y posterior al tratamiento para cada una de los factores mencionados anteriormente. Se

obtuvieron calificaciones significativas para todas las áreas, es decir se observa una disminución de motivos y creencias relacionadas con el uso de tabaco.

Tabla 6. Prueba t de la sección Motivos y Creencias relacionadas al Consumo de tabaco (Comparación de calificaciones promedio)

Factor	Media pre	Desviación pre	Media post	Desviación post	Prueba t
Activación física y psicológica	5.94	1.40	7.85	0.48	24.08**
Reducción de la tensión en situaciones específicas	11.79	2.54	15.65	0.90	26.31**
Psicosocial	5.72	1.18	9.34	1.32	39.27**

* Significativo al .05, ** Significativo al .01

NOTA: A mayor calificación promedio, disminuyen las creencias relacionadas al consumo de tabaco.

Daños a la salud por el consumo de tabaco

Con respecto de los daños que más se presentan en los fumadores se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .84. Enseguida se procedió con un análisis comparativo de las proporciones de todos los reactivos y posteriormente se efectuó de manera separada en el grupo de pacientes que estaba culminando el tratamiento y en el de pacientes en seguimiento. Esta sección mostró diferencias significativas en la mayoría de los reactivos, excepto en el reactivo que indaga si el paciente presentaba mal sabor de boca por el consumo de nicotina antes y después de tratamiento, del grupo de pacientes de seguimiento. Si bien aunque no mostró significancia estadística, se obtuvieron diferencias en un sentido positivo (Tabla 7).

Tabla 7. Comparación de proporciones de la sección de daños a la salud antes y después del tratamiento

	χ^2		
	Resultado General	Pacientes al final del Tx	Pacientes en seguimiento
Mal aliento	32.19**	19.21**	18.756**
Tos o jadeo	58.83**	43.61**	20.460**
Dificultad para respirar	69.54**	52.79**	20.725**
Impotencia sexual	82.56**	58.455**	28.128**
Desórdenes hormonales	51.23**	39.857**	20.402**
Pérdida del olfato y/o gusto	56.22**	33.373**	26.810**
Sequedad cutánea (arrugas prematuras, resequedad en la piel)	83.77**	74.323**	19.564**
Infecciones constantes (garganta y oído)	68.31**	37.72**	31.488**
Mal sabor de boca	30.37**	23.120**	9.370

* Significativo al .05, ** Significativo al .01

Comentarios de los pacientes acerca del programa

De acuerdo con las sugerencias de los pacientes hacia el programa se realizó una clasificación por categorías de los comentarios y la inclusión de algunas frases textuales de los pacientes:

La mayoría de los pacientes agradeció y felicitó a CIJ por el programa y al personal médico técnico el apoyo y atención que se les brindó, porque les funcionó muy bien, lo consideran bueno ya que les ayudó a prescindir del consumo de tabaco.

“Excelente porque lo intenté yo sólo varias veces y no pude y gracias al apoyo psicológico y médico. Hasta la fecha me encuentro bien y espero seguir así. Gracias al apoyo del CIJ”

“Muchas gracias a todos los que participaron directa e indirectamente en dejar mi adicción al cigarro”

“Gracias por dar el servicio muy amable, la atención del ponente y los miembros del Centro”

“Yo sólo les pido que me tengan paciencia, con la ayuda de Dios y ustedes lo voy a lograr ¡¡Muchas gracias!!”

En relación con el abandono del tabaco y los beneficios logrados, los participantes hicieron comentarios acerca del logro de haber cesado el consumo y consideraron que al haber dejado el tabaco es como si empezaran una nueva vida o bien cambiaron el estilo de esta. Según lo que contaron es que recuperaron el bienestar físico y como persona les ha sido beneficioso. Muchos de ellos se dieron cuenta del mal que les hacía fumar y si bien, algunos dejaron por completo el cigarro otros disminuyeron considerablemente el consumo de nicotina.

“El dejar de fumar para mí es como si empezara una nueva vida es quererse a uno mismo ya que los daños que ocasiona con el tiempo son irreversibles y no se pueden curar fácilmente”

“Si ayuda a dejar el consumo, ayudó en mi persona, recuperé mi condición física”

“Fue muy buena, fue la mano que necesitaba para dejar de fumar y lo logre, actualmente existe tentación, pero recuerdo lo visto en las sesiones y mantengo la abstinencia”

“Disminuí mi consumo y estoy contento con esa meta”

“Fue la mejor sugerencia de mi doctora familiar y después los cambios físicos y de bienestar, tanto físico y hasta sexual”

“Me parece eficaz, pues me siento mejor ya no siento hormigueo en mis pies...”

En general los pacientes juzgaron adecuado el programa, lo consideraron bueno porque les ayudo a recuperarse e identificar emociones y motivaciones. Así mismo reconocen que el programa cuenta con un buen procedimiento ya que los cambios se observan desde la primera sesión del tratamiento.

“Me parece excelente el programa porque me funcionó muy bien, tengo 7 meses sin fumar”

“El programa me parece muy bueno pues le hace a uno tomar consciencia de todo lo que implica el dejar de fumar para tener una vida plena”

“Veo que el programa tiene un buen procedimiento, adecuado y que si logra su objetivo eliminar o disminuir el consumo de tabaco”

“Me parece un gran acierto que implementen estos programas en la Institución”

“Pienso que este programa nos ayuda desde el momento en que nos reunimos varias personas con esta adicción conjuntamente con la terapia que nos dan los doctores”

Los pacientes resaltaron la oportunidad de expresar sus emociones, sus problemas y motivos del consumo de tabaco, que les ayudó mucho a entender su situación.

“La clase me ha ayudado mucho a expresar mis emociones y problemas y también me ha enseñado a cómo manejar mi ansiedad en una manera positiva”

“Estoy muy contenta aunque no he podido dejar de fumar por completo, me ha ayudado a desahogarme y entender porque fumo y por mis problemas no he podido dejar de fumar pero lo sigo intentando”

“Es muy bueno el grupo porque me puedo identificar con las emociones y los motivos de otros (me puedo ver)”

Los pacientes expusieron comentarios positivos hacia el equipo médico-técnico que estuvo involucrado en el programa de tratamiento para dejar de fumar, agradecieron el apoyo psicológico y refirieron la eficiencia y empeño que ponen los terapeutas para lograr el objetivo del programa.

“Solo puedo agradecerles lo mucho que me han ayudado Dr. Soto y Dra. Ledesma, los quiero mucho. Gracias”

“Para mí fue difícil tomar la decisión, pero la insistencia cordial y convincente de mi terapeuta logro el éxito de haber dejado el cigarro: Recomendación, más terapeutas como ella”

“Sólo agradecerte Ale por todos tus comentarios, tu buena vibra, sugerencias y por compartir tus conocimientos con nosotras para lograr dejar el cigarro. Gracias”

“Me gustó mucho, nuestra terapeuta es un encanto y me hizo que me cayeran muchos veintes”

Tal fue el involucramiento de los pacientes con el programa que se atrevieron a sugerir algunas alternativas para una mejor atención y buen funcionamiento del programa.

“Dar difusión de este programa a toda la ciudadanía para así lograr que más gente participe y reciba ayuda”

“Que fuera más ágil todo”

“Me gustaría mucho que las sesiones no fueran tan prolongadas, que las fechas de juntas sean más cercanas y no perder el seguimiento porque así se quitan las ganas de continuar”

“Por cada una de las pláticas sería conveniente que proporcionen por escrito un resumen de esa plática”

“Quisiera que nos den la oportunidad de poder asistir a las actividades del Centro de Integración Juvenil porque todo eso nos ayuda mucho a salir adelante”

“Me gustaría que el tratamiento tuviera más sesiones para reforzar mi abstinencia antes de los seguimientos espaciados”

“Necesitamos especialistas que nos vean con más atención en lo físico, que nos saquen estudios y nos den tratamiento. El programa ayuda mucho pero necesitamos estudios y medicamento.

Me gustaría que el tratamiento tuviera más sesiones para reforzar mi abstinencia antes de los seguimientos espaciados”

DISCUSIÓN

Se ha dilucidado que el tabaquismo es una epidemia mundial que afecta a millones de personas tanto a nivel orgánico como mental y muchos de ellos mueren por su consumo (World Health Organization, 2011). A efecto de ello *Centros de Integración Juvenil* viene realizando una serie de acciones encaminadas a combatirlo, una de ellas es la implantación del Programa de Tratamiento para Dejar de fumar que de acuerdo con su última evaluación resultó ser eficaz (Jiménez y Castillo, 2003). Sin embargo como se ha observado en este estudio, fue importante realizar de nueva cuenta la evaluación de los efectos que ejerce en los pacientes actualmente. En principio esta población sobresalió en cuanto a que se advirtió mayor porcentaje de hombres que acudieron a tratamiento, probablemente por lo que señala la *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos* (2010) en cuanto a que en México existen más hombres que mujeres consumidores de tabaco. Coincidentemente con otros estudios (Velázquez, 2011) se observó que la mayoría de los pacientes asisten a tratamiento para dejar de fumar después de los 30 años y la mayoría contaba con estudios medios.

Con respecto al grado de dependencia de los pacientes previo y posterior al tratamiento, en principio se observaron niveles de dependencia severa antes de recibir el tratamiento. Sin embargo, al final de este los pacientes presentaron cambios favorables de abstencionismo., lo que viene a comprobar lo expuesto en algunos estudios (Moreno y Herrero, 2000; Secades y Fernández, 2001; Jiménez, Castillo, 2003; Becoña, 2003) en relación a la eficacia de las terapias de la conducta como lo es la Cognitiva conductual, implementada en CIJ de forma integral con otras técnicas terapéuticas. Aun cuando se observan diferencias porcentuales positivas en casi todos los reactivos es necesario retomar en estudios posteriores los cuestionamientos carentes de significancia y sobre todo realizar su seguimiento en el programa de tratamiento para dejar de fumar de CIJ.

En cuanto a la evaluación de las creencias y motivos relacionados con el consumo de tabaco, si bien Rusell (referido en Chávez, 2010) menciona que el consumo de tabaco guarda relación

con siete motivos de mantenimiento (Psicosocial, Estímulo, Manipulación, Esparcimiento, Reducción de la tensión, Necesidad y Hábito), al realizar la confiabilidad y validez de esta sección, el análisis factorial mostró tres grandes áreas validas: *Activación física y psicológica*, *Reducción de la tensión en situaciones específicas* y el *área Psicosocial*. En el análisis se pudo observar que dentro de estas tres áreas se encuentran inmersos los motivos que Rusell plantea. La significancia de esta sección vislumbró la disminución de creencias y motivaciones que probablemente afectaban el deseo de dejar el consumo de tabaco de los pacientes por lo que el programa trasciende en esta área.

Asimismo tocante a los beneficios de salud obtenidos a partir del tratamiento se observó que los pacientes presentaban características de afectación por el cigarro antes de recibir la terapia. Consecuentemente al tratamiento los cambios se vieron reflejados de manera significativa al mejorar notablemente la salud de los pacientes. En este sentido esto obedece a que los beneficios de dejar de fumar son grandes tanto para el fumador, como para la familia y para la sociedad (Esteves Di Carlo, E., Goja Bruzzone, B., Blanco Marquizo, A., González Molina, J., 2004). Los exfumadores mejoran su calidad de vida, se sienten más cómodos socialmente y se vuelven más independiente al liberarse de la adicción (Ministerio de Salud, 2011).

Por último, se puede manifestar que el programa es positivo, cumple con el objetivo de disminuir o erradicar el consumo de tabaco en los pacientes. Si bien el estudio se realizó considerando la indagación de manera retrospectiva de los resultados, sería importante considerar otros aspectos como son las sugerencias que los pacientes hicieron al programa. Entre estas se puede observar que la participación de los terapeutas es muy importante para que los pacientes se adhieran al tratamiento, se sientan a gusto y motivados para el cambio. Es substancial perseguir la posibilidad del apoyo médico especializado en cuanto a realizar los estudios necesarios según la problemática de cada paciente. Con esto se sella la evaluación del programa de tratamiento para dejar de fumar en pro de la salud de los consumidores de tabaco y de la población general.

BIBLIOGRAFÍA

Bas Ramallo (1981) Las terapias cognitivo-conductuales: Una revisión en Revista Estudios de Psicología no. 7, pp 92-114.

- Becoña Iglesias, E. (2003) El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina en Revista Papeles del Psicólogo, mayo-agosto, 24(085)48-69.
- Jiménez-Ruiz., Ayesta, Ianchuelo, Abengoza, Torrecilla, Quintas, Hernández, de la Cruz, Ramos, Romero, Alonso Viteri, de Granda, Méndez, Camaralles, Solano, y el grupo SEDET. (2001) Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Área de tabaquismo de la sociedad española de neumología y cirugía torácica.
- Chávez Vizuet, E. (2010). Manual para dejar de fumar. Manual de aplicación, Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Mayo 2010.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2002), Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. México
- Encuesta Nacional de Adicciones 1988, Secretaría de Salud. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones 1990, Secretaría de Salud. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones 1993, Secretaría de Salud. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones 1998, Secretaría de Salud. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Secretaría de Salud. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008, Secretaría de Salud. México.
- Esteves Di Carlo, E., Goja Bruzzone, B., Blanco Marquizo, A., González Molina, J. (2004) Servicios de la salud con humo de tabaco. Organización Mundial de la Salud.
- Fagerström, K.O. Kunze, M., Schoberberger, R., Breslau, N., Hughes, J.R., Hurt, R.D., Puska, P., Ramström, L. y Zatoriski, W. (1996) Nicotine dependence versus somoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers en Tobacco Control 1996; 5: 52-56.
- García Carmona, Millán Santos y Ferreiro Álvarez (2001), Evaluación de los resultados obtenidos durante el primer año en la consulta de tabaquismo de la Clínica de Puerta de Hierro en Revista Prevención del Tabaquismo, 3(2)58-63.
- Gutiérrez López, A.D. (2011), Tendencias del consumo de drogas alguna vez en la vida en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004 – Segundo semestre de 2010. (Nivel Nacional y Entidades Federativas). Informe de investigación 11-07e. Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas.
- Gutiérrez López, A.D., Velázquez Altamirano M. (2011), Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Enero-Junio, 2010. Datos a nivel nacional y por sexo. Informe de Investigación 11-02^a.Centros de Integración Juvenil.

- Jiménez Ruíz y Cols (2001), Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo en Revista Prevención del Tabaquismo, 3(2)78-85.
- Jiménez Silvestre K, Castillo Vite N.L. (2003), Evaluación de resultados de la clínica para dejar de fumar. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de investigación 03-03, México.
- Jiménez-Ruiz C., Granda Orive J., Solano S., Carrión F., Romero P. y Barrueco M. (2003). Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
- Lazcano-Ponce, E., Hernández-Ávila, M. (2002), La epidemia de tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención en Revista Salud Pública de México de la Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. vol. 44, 2002, pp. s1-s2, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.
- Ministerio de Salud (2011) Programa Nacional de Control del Tabaco. Disponible en http://msal.gov.ar/html/site_tabaco/beneficios-no-fumar03.asp.
- Moreno Arnedillo, J.J y Herrero García de Osmá, F. J. (2000) Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar en Revista Adicciones, 12(3) 329-341.
- National Institute on Drug abuse (2009), Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco en InfoFacts. pp 1-6 www.drugabuse.gov
- National Institute On Drug Abuse (2010), Adicción al Tabaco, NIH Publicación Número 10-4342(S)
- Organización Mundial de la Salud (2003), Tabaco: mortífero en todas sus formas. Ministerio de Sanidad.
- Organización Panamericana de la Salud (2009) Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS), México 2010.
- Peña-Corona Gutiérrez M.P., Kuri Morales P., Tapia Conyer R. (2000) El consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). Secretaría de Salud. México.
- Secades Villa, R., Fernández Hermida, JR. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína en Revista Psicothema 13(3) 365-380.
- Secretaría de Salud (2011), Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información.

- Solano, R., Jiménez Ruíz (2001), Las Unidades Especializadas de tabaquismo y sus áreas de influencia en Revista Prevención del Tabaquismo, 3(2)55-57
- Tapia Conyer, R., Kuri Morales, P., Hoy Gutiérrez, M.J. (2001), Panorama epidemiológico del tabaquismo en México en Revista Salud Pública de México 43(5) 479-484.
- Valdés-Salgado, R., Hernández Ávila, M. (2002) El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción en Revista Salud Pública de México, 44(1)125-135.
- World Health Organization (2011), WHO Report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco

ANEXO

Tabla 1. Consumo diario de cigarros antes y al término del tratamiento

		Antes del tratamiento		Término del tratamiento	
		Frec.	%	Frec.	%
Comienzo de consumo después de despertar	No fumo	13	6.1	150	70.1
	Menos de 5 minutos	59	27.6	5	2.3
	6 a 30 minutos	42	19.6	11	5.1
	31 a 60 minutos	33	15.4	6	2.8
	Más de 60 minutos	61	28.5	33	15.4
	Sin información	6	2.8	9	4.2
Cigarro que se necesita más al día	No fumo	10	4.7	142	66.4
	El primero de la mañana	94	43.9	18	8.4
	Otros	103	48.1	46	21.5
	Sin información	7	3.3	8	3.7
Dificultad para fumar en lugares prohibidos	No fumo	17	7.9	142	66.4
	Si	97	45.3	8	3.7
	No	92	43.0	56	26.2
	Sin información	8	3.7	8	3.7
Consumo inmediato de más cigarros después del primero del día	No fumo	8	3.7	139	65.0
	Si	120	56.1	7	3.3
	No	80	37.4	59	27.6
	Sin información	6	2.8	9	4.2
Consumo en estado de enfermedad	No fumo	17	7.9	140	65.4
	Si	125	58.4	10	4.7
	No	64	29.9	55	25.7
	Sin información	8	3.7	9	4.2

**Tabla 2. Consumo diario de cigarros antes y después del tratamiento
(Pacientes en etapa de seguimiento)**

		Etapa de Seguimiento			
			%	Frec.	%
Comienzo de consumo después de despertar	No fumo		Antes del tratamiento	129	82.7
	Menos de 5 minutos		Frec.	1	0.6
	6 a 30 minutos	25	16.0	5	3.2
	31 a 60 minutos	21	13.5	3	1.9
	Más de 60 minutos	50	32.1	15	9.6
	Sin información	5	3.2	3	1.9
Cigarro que se necesita más al día	No fumo	5	3.2	128	82.1
	El primero de la mañana	85	54.5	6	3.8
	Otros	62	39.7	20	12.8
	Sin información	4	2.6	2	1.3
Dificultad para fumar en lugares prohibidos	No fumo	12	7.7	129	82.7
	Si	77	49.4	2	1.3
	No	63	40.4	23	14.7
	Sin información	4	2.6	2	1.3
Consumo inmediato de más cigarros después del primero del día	No fumo	7	4.5	126	80.8
	Si	94	60.3	6	3.8
	No	51	32.7	22	14.1
	Sin información	4	2.6	2	1.3
Consumo en estado de enfermedad	No fumo	10	6.4	129	82.7
	Si	102	65.4	6	3.8
	No	40	25.6	19	12.2
	Sin información	4	2.6	2	1.3