

Neumología y Cirugía de Tórax

Volumen
Volume **61**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2002**

Artículo:

Resultados a doce meses de un programa para dejar de fumar de tipo cognitivo-conductual y terapia farmacológica de apoyo

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



Medigraphic.com



Resultados a doce meses de un programa para dejar de fumar de tipo cognitivo-conductual y terapia farmacológica de apoyo

Andrés Mendoza-Mendoza,¹ Alejandra García-Montiel,² Mónica Cañedo-Dorame³

RESUMEN. En junio de 2000 inició sus actividades la Clínica para Dejar de Fumar del ISSSTESON en Hermosillo, Sonora, México. El objetivo del presente estudio es informar los resultados que se han obtenido en los primeros 2 años de aplicación de un programa cognitivo-conductual, con apoyo farmacológico en caso necesario. Se incluyeron 71 sujetos de ambos sexos, de 45.9 ± 10.6 años de edad ($\bar{X} \pm DE$), 35 (49.3%) hombres, con un tabaquismo de 24.7 ± 2.1 paquetes/año, y que asistieron de forma regular al programa y al concluir el mismo se encontraban sin fumar. Se añadió nicotina en chicles (18.3%) o parches (64.8%) o anfebutamona (2.8%). Los resultados globales de permanencia de abstinencia a los 12 meses fue del 42%, aunque dividido por sexos esta cifra fue un poco menor en las mujeres. Entre aquellos sujetos que no recibieron terapia farmacológica sólo el 20% se mantuvo en abstinencia. Concluimos que nuestra tasa de éxito y características de los sujetos son similares a las encontradas en otras clínicas

Palabras clave: Tabaquismo, clínica para dejar de fumar, abstinencia.

ABSTRACT. In June 2000 the Clinic to Stop Smoking of ISSSTESON in Hermosillo, Sonora, Mexico was opened. The aim of the present study was to report our results obtained in the first two years of application of a cognitive-behavioral program with pharmacological support as needed. A total of 71 subjects, either sex, 45.9 ± 10.6 years old ($\bar{X} \pm DE$), 35 (49.3%) men, with tobacco habit of 24.7 ± 2.1 packs/year, who regularly attended the program and kept without smoking at the end of it, were included. Nicotine chewing gum (18.3%) or patches (64.8%), and anfebutamone (2.8%) were also used. Our global result at 12 months was 42% of abstinence rate, though a slightly lower result was achieved in women when adjusted by gender. Among those who did not use pharmacological support therapy, the abstinence rate was 20%. We concluded that our success rate and the features of our subjects were similar than those found in other clinics.

Key words: Tobacco habit, clinic to stop smoking, abstinence.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 informó que la prevalencia del tabaquismo en los Estados Unidos Mexicanos era del 27.7% entre la población entre 12 a 65 años de edad, lo que representa a más de 13 millones de individuos fumadores activos.¹ Por lo tanto, el tabaquismo debe considerarse un grave problema de salud pública debido a que causa múltiples enfermeda-

des y altos costos financieros.² Mientras que en países desarrollados existe evidencia de disminución paulatina del consumo de cigarrillos desde hace algunos decenios,³ en los países en vías de desarrollo el consumo aumenta hasta en un 3% por año.⁴

Desde principios del siglo xx se han acumulado pruebas científicas de los efectos adversos del tabaquismo sobre la salud y de los beneficios que se obtienen al dejar de fumar.⁵ Por ejemplo, las tasas de mortalidad descienden conforme aumenta la duración de la abstinencia, aunque se mantienen ligeramente elevadas después de 16 años o más.⁴

El proceso para dejar de fumar es difícil debido a que intervienen múltiples factores para que un individuo fume. Entre otros, destacan las propiedades altamente adictivas de la nicotina, comparada con la heroína y la cocaína,⁶ lo que condiciona fracasos y recaídas en este proceso, por lo que las tasas de éxito de los intentos individuales son bajas. Así, del conjunto de los individuos que intentan dejar

¹ Neumólogo, ² Psicoterapeuta, y ³ Trabajadora Social, Clínica para Dejar de Fumar, Centro Médico Dr. Ignacio Chávez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON), Hermosillo, Sonora, México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Andrés Mendoza Mendoza, Centro Internacional de Medicina (CIMA), Paseo Río San Miguel #35, Proyecto Río Sonora Hermosillo, Sonora. CP 83270, México.
Correo electrónico: amendoza3@estudiantes.ciad.mx

de fumar sin ayuda de programas específicos, alrededor del 98% recuperan el hábito en el plazo de un año.⁷

El 27 de mayo de 1999 se publicó en el Boletín Oficial el reglamento para la protección de los no fumadores para el estado de Sonora,⁸ que estableció, entre otros puntos, el apoyo profesional para las personas que deseen dejar de fumar. Siguiendo estos lineamientos, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON) impulsó la creación de una Clínica para Dejar de Fumar, con la asesoría del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) a través de su Departamento de Investigación en Tabaquismo, proporcionando capacitación al personal que se encargaría del funcionamiento de esta clínica. Inició actividades en junio de 2000, aplicando el programa cognitivo-conductual de ese Instituto de Salud.

El objetivo del presente estudio es evaluar los resultados que se han obtenido, utilizando el programa cognitivo-conductual del INER, en la población usuaria de la Clínica para Dejar de Fumar del ISSSTESON, en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyó en el estudio a 71 sujetos de ambos sexos, usuarios de la Clínica para Dejar de Fumar, que asistieron voluntariamente y en forma regular al programa, en el período comprendido entre el 5 de junio de 2000 al 31 de mayo de 2002, y que al concluir el programa se encontraban sin fumar. Durante este período se atendió a 10 grupos conformados por 4 a 13 integrantes (mediana de 6.5).

De cada sujeto se registró: domicilio, teléfono de casa y del sitio de trabajo, así como nombre y teléfono de otra persona, familiar o amigo(a), que proporcionaría información sobre el mantenimiento de la abstinencia.

El programa cognitivo-conductual utilizado fue desarrollado en el INER, por el Departamento de Investigación en Tabaquismo.⁹ Este programa se basa en la terapia racional emotiva y consiste en 10 sesiones de terapia de grupo con duración de una hora y media por sesión, conducida por una psicóloga adscrita a la clínica (AGM), previamente entrenada en esta terapia en el INER.

Durante las sesiones el fumador aprende a reconocer las circunstancias que sostienen la dependencia psicológica y, al mismo tiempo, a diseñar estrategias para enfrentarlas. Asimismo, ante la posibilidad de presentar síntomas de abstinencia se les proporciona un reemplazo de nicotina, mediante parches o chicles de nicotina,¹⁰ durante un período de 6 a 8 semanas. Cuando alguna de las terapias de reemplazo anteriores no fueron toleradas, se proporcionó anfebutamona en dosis de 300 mg por día en tabletas de liberación prolongada de 150 mg.

El seguimiento se llevó a cabo mediante comunicación telefónica cada 3 meses a partir de la fecha de terminación del programa y hasta completar 12 meses de seguimiento, con el mismo paciente y con el familiar encargado de informar sobre el estado de abstinencia. Cuando fue posible, se le preguntó directamente durante las reuniones mensuales de ex-fumadores. No se realizó ninguna medición objetiva para comprobar la abstinencia.

Las variables continuas se informan como promedios \pm desviación estándar, las variables nominales se expresan como porcentajes. El análisis estadístico de mantenimiento en abstinencia a doce meses se efectuó con el método de análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, utilizando el programa computacional Minitab versión 13.32 (Minitab Inc., USA).

RESULTADOS

Durante el período de estudio se atendieron 414 solicitudes de ingreso al programa. Un número importante de sujetos no ingresó por no reunir los requisitos de entrada, entre otros, no acudir voluntariamente, presencia de otras adicciones como alcoholismo u otras drogas, o problemas psiquiátricos. Se aceptaron a 137 fumadores, con los que se formaron 19 grupos con un promedio de 7.2 sujetos por grupo, con una mediana de 6. Un número considerable desertó en la primera entrevista y otros en la primera o segunda sesión. El grupo de estudio, motivo de esta publicación, corresponde a los diez primeros grupos de terapia y estuvo conformado por 71 pacientes que cumplieron con todo el programa, que al final del mismo se encontraba sin fumar y que fueron seguidos durante 12 meses o más. La edad promedio del grupo fue de 45.9 ± 10.6 años, 35 hombres (49.3%), con edad de 47.5 ± 9.9 años, y 36 mujeres (50.7%) con edad de 44.3 ± 11.2 años.

El consumo de cigarrillos para el grupo fue en promedio de 24.7 ± 2.1 paquetes/año. Analizados por género, el promedio de consumo de cigarrillos por los fumadores del género masculino fue de 32.5 ± 19.5 paquetes/año, mientras que las mujeres fumaban en promedio 17.3 ± 12.9 paquetes/año, con diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0001$).

Con relación al tratamiento farmacológico de apoyo, 10 sujetos (14.1%) manifestaron la decisión de no utilizar ningún medicamento, a 13 (18.3%) se les proporcionó terapia de reemplazo de nicotina en chicles de 2 mg, a 46 (64.8%) se les administró en forma de parches de 21 ó 14 mg, de acuerdo al grado de adicción, y únicamente 2 sujetos (2.8%) utilizaron anfebutamona de liberación prolongada en dosis de 150 mg dos veces al día por 8 semanas por vía bucal.

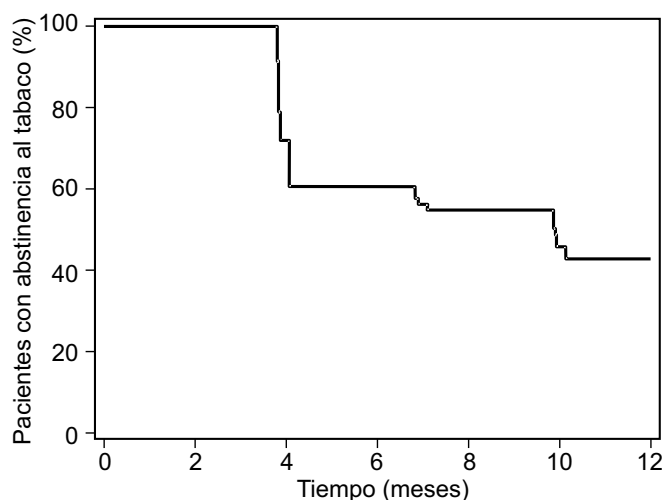


Figura 1. Curva de Kaplan-Meier que muestra la permanencia en abstinencia del grupo completo de fumadores.

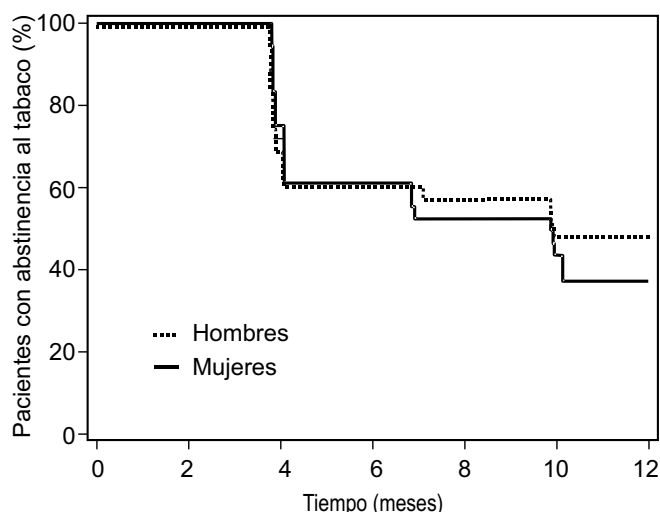


Figura 2. Curvas de Kaplan-Meier que muestran la permanencia en abstinencia de acuerdo al sexo.

Los resultados globales de permanencia en abstinencia a los 12 meses para el grupo completo fue del 42% (Figura 1) pero, al separarlos por género, el femenino cayó al 37% (intervalo de confianza al 95% [IC95%], 20% a 53%) y el masculino se situó en 48% (IC95%, 31% a 64%) con valor de $p = 0.72$ (Log Rank), no significativo (Figura 2). Llama la atención que 40% de las recaídas se presentaron en el cuarto mes.

Cuando se analizó la diferencia de supervivencia por terapia farmacológica de apoyo, observamos que entre aquellos que no recibieron ningún medicamento, únicamente el 20% se mantuvieron en abstinencia a los 12 meses, los que recibieron reemplazo con nicotina, ya

sea en chicles o parches, tuvieron una supervivencia de 30% y 41%, respectivamente, y los que utilizaron anfebutamona mantuvieron la abstinencia por más tiempo, pero cayeron dramáticamente a 0% a los 10 meses.

DISCUSIÓN

Existe abundante documentación acerca de las consecuencias del tabaco sobre la salud. Esta adicción se considera responsable de una de cada 10 muertes de personas adultas, y se cree que en el año 2030 la cifra llegará a una de cada 6, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales, más que las producidas por ninguna otra causa.⁷ En México fallecen 41,719 personas fumadoras al año, es decir, 114 mexicanos mueren diariamente por enfermedades asociadas al tabaco.¹ Así pues, los costos sociales, económicos y de salud son enormes, por lo que la prevención del tabaquismo merece mayor prioridad de todos los profesionales de la salud.¹¹

Dejar de fumar no es fácil y los fumadores deben realizar múltiples intentos antes de lograr su objetivo. Esta dificultad probablemente se deba a las propiedades altamente adictivas de la nicotina.

Desde 1964, año en que el cirujano general de los Estados Unidos de América advirtió de los problemas de salud producidos por el tabaquismo, se han diseñado múltiples métodos para dejar de fumar, desde el simple consejo médico, hasta programas bien estructurados con equipos multidisciplinares.

Nosotros utilizamos un programa de tipo cognitivo-conductual que ya ha sido probado previamente⁸ y obtuvimos resultados satisfactorios, semejantes a los informados en la literatura internacional. Nuestros resultados son ligeramente superiores a los encontrados en forma global a los 12 meses, ubicándose en un 42%. Asimismo, el comportamiento por género fue el mismo que el publicado en la literatura, esto es, el género femenino tiene mayor probabilidad de recaídas a los 12 meses, situación muy posiblemente relacionada con estados emocionales.

En conclusión, obtuvimos una tasa de éxito ligeramente superior a la informada por el INER, y también observamos que la edad a la que se intenta dejar de fumar es prácticamente la misma y que las mujeres tienen mayor probabilidad de recaídas. Se recomienda extender el programa a otras ciudades.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional

- contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 1998.
2. Leistikow BN. The human and financial costs of smoking. *Clin Chest Med* 2000; 21: 189-197.
 3. World Health Organization. Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000. *Tobacco Control* 1995; 4: 102-104.
 4. Bartecchi CE, MacKenzie D, Schrier RW. The global tobacco epidemic. *Sci Am* 1995: 26-33.
 5. Samet JM. Health benefits of smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991; 12: 669-679.
 6. Britton J, Jarvis M, McNeill A, Bates C, Cuthbertson L, Godfrey C. Treating nicotine addiction. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 13-15.
 7. Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación científica 577. Washington DC: OPS. 1999.
 8. Boletín Oficial número 42 del 27 de mayo de 1999. Sonora, México.
 9. Sansores RH, Espinosa AM. Programa cognitivo conductual de la Clínica para Dejar de Fumar. México: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 1999.
 10. Sansores-Martínez RH, Córdova-Ponce MP, Espinoza-Martínez M, Herrera-Kiengelher L, Ramírez-Venegas A, Martínez-Rossier LA, Villalba-Caloca J. Evaluación de programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 1998; 11: 29-35.
 11. Britton J, Knox AJ. Helping people to stop smoking: the new smoking cessation guidelines. *Thorax* 1999; 54: 1-2.

