

Efectividad de la intervención terapéutica grupal en cesación tabáquica en usuarios del Instituto Nacional del Tórax

CAROLINA ÁGUILA O.^{1,a}, TERESA BALBOA-CASTILLO^{2,b},
GUACOLDA BENAVIDES G.^{3,c} y DAISY CORRAL V.^{3,d}

Effectiveness of group therapeutic intervention in smoking cessation in users of the Chilean National Thoracic Institute

Introduction: Only 30% of the world's population accesses smoking cessation treatments, and in Chile, the Chilean National Thoracic Institute (INT) is a reference center in this area. This research aims to evaluate the effectiveness of group therapeutic intervention in smoking cessation users of the INT between 2014 and 2019. **Methods:** A quasi-experimental quantitative design was used on 134 smokers who entered the intervention at the INT between 2014 and 2019 and met the study's inclusion criteria. The intervention consisted of multicomponent therapy, with the drug Varenicline and cognitive behavioural treatment; group sessions once a week for eight consecutive weeks; telephone support between sessions; follow-up in the first, third and sixth months after the intervention. At the end of the intervention, abstinence, smoking cessation and treatment adherence were evaluated. Descriptive analyses and multivariate linear and logistic regression analyses were performed with STATA statistical software. The Scientific Ethics Committee of the Eastern Metropolitan Health Service approved the study. **Results:** 61% of the study participants were women, with a mean age of 58 years, mean IPA 36, motivation to quit smoking high at 79%, Stage of change 71% in contemplation, 78% with psycho-emotional state without pathology, 41% with COPD. Smoking cessation was 52.6% six months after treatment. The relationship between adherence to the intervention and smoking cessation was significant in men (OR 2.7; 95% CI 1.2-6.3, p-value 0.02). Adherence to the intervention is significantly involved with smoking abstinence at the end of treatment, regardless of sex and age (OR 34.4; 95% CI: 5.9-199, p-value < 0.001); however, this relationship was not maintained at the follow-up of the first, third and sixth months. **Conclusions:** The smoking cessation program is effective in reducing tobacco consumption. However, post-intervention strategies are required to maintain cessation over time. The relationship between smoking cessation and adherence is strongly influenced by sex, with women achieving less smoking cessation and showing more significant addiction to nicotine.

Key words: Smoking cessation; Tobacco smoking; Smokers; Treatment Adherence and Compliance; logistic models; Follow up studies.

Resumen

Introducción: Sólo el 30% de la población mundial accede a tratamientos de cesación tabáquica y en Chile el Instituto Nacional del Tórax (INT) es un centro de referencia en esta área. El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de la intervención terapéutica grupal en la cesación tabáquica en usuarios del centro ambulatorio del Instituto Nacional del Tórax entre los años 2014 y 2019.

¹ CESFAM Carmela Carvajal, Depto. de Salud Municipal, Puerto Montt.

² Universidad de la Frontera, Temuco.

³ Instituto Nacional del Tórax.

^a Kinesióloga.

^b Médico.

^c Médico Neumóloga.

^d Enfermera.

Métodos: *Diseño cuantitativo cuasi experimental, en 134 fumadores que ingresaron a la intervención en el INT entre 2014 y 2019 y que cumplieron los criterios de inclusión al estudio. La intervención consistió en terapia multicomponente, con fármaco Vareniclina y tratamiento cognitivo conductual, sesiones grupales 1 vez por semana, durante 8 semanas consecutivas; y acompañamiento telefónico entre sesiones; seguimiento en el primer, tercer y sexto mes posteriores a la intervención. Al final de la intervención se evaluó: abstinencia, cesación tabáquica y adherencia al tratamiento. Se realizaron análisis descriptivos y análisis de regresión lineal y logística multivariada con el software estadístico STATA. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Resultados:* 61% de los participantes del estudio fueron mujeres, con una edad media de 58 años, media del índice paquete-año (IPA): 36, motivación para dejar de fumar alta en un 79%, Etapa de cambio 71% en contemplación, 78% con estado psicoemocional sin patología, 41% con EPOC. La cesación tabáquica fue de un 52,6% a los 6 meses posterior al tratamiento. La relación entre adherencia a la intervención y cesación tabáquica fue significativa en hombres (OR 2,7; IC 95% 1,2-6,3, valor p 0,02). La adherencia a la intervención se asoció significativamente con abstinencia tabáquica al final del tratamiento independiente del sexo y edad (OR 34,4 ;IC 95%: 5,9-199, valor p < 0,001); sin embargo esta relación no se mantuvo al seguimiento del primer, tercer y sexto mes. Conclusiones: El programa de cesación tabáquica es efectivo para reducir el consumo de tabaco, sin embargo, se requieren de estrategias posteriores a la intervención para mantener la cesación en el tiempo. La relación entre cesación tabáquica y adherencia está fuertemente influenciada por el sexo, siendo las mujeres quienes logran menor cesación tabáquica y presentan mayor adicción a la nicotina.

Palabras clave: *cesación tabáquica; hábito tabáquico; fumadores; adherencia y cumplimiento del tratamiento; Modelos logísticos; Estudios de seguimiento.*

Introducción

Las consecuencias para la salud derivado del consumo de tabaco han sido ampliamente estudiadas, no así los beneficios asociados a dejar o disminuir el consumo. La evidencia muestra que la cesación tabáquica tiene un impacto general a nivel sistémico y principalmente sobre la salud cardiovascular y respiratoria, reducción del riesgo de cáncer, y de todas las enfermedades que están directamente asociadas a su consumo. Adicionalmente existe un beneficio agregado para la comunidad en general, que van desde menos personas expuestas a humo pasivo, y la disminución del gasto en salud pública que significa la carga por discapacidad, pérdida de años de vida saludables perdidos (AVISA), y mortalidad prematura por causa de tabaco.

A pesar de esto, las estrategias de prevención de su consumo y tratamiento para la cesación no han sido suficientemente desarrollados; las cuales deberían considerar intervenciones de amplia cobertura en salud pública y alcance en materia de promoción, prevención primaria y secundaria, incluyendo el ámbito legislativo⁵.

Al caracterizar el tabaquismo como enfermedad crónica, se reconoce que la mayoría de los fumadores persisten en su consumo por muchos años y pasan por períodos de remisión y recaídas. Si bien no todos son adictos, la mayoría de los fumadores diarios sí lo son. En Chile según la

Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, el 22,3% de las personas tienen alta dependencia al tabaco⁴.

Para ayudar a la cesación tabáquica la OMS propició el Convenio Marco de Control del Tabaco; aprobado en Chile en marzo de 2005. Bajo estos lineamientos en el año 2008 se lanzó la iniciativa MPOWER⁴⁻⁶ que resume las estrategias que se deben implementar para el control del tabaco a nivel internacional, en donde la oferta para ayudar a dejar de fumar a quienes lo requieran tiene un punto fundamental. Actualmente, según un reporte del año 2019, hay 23 países que ofrecen Cesación Tabáquica, lo que significa que los programas de cesación son la segunda medida MPOWER más adoptada en términos de cobertura de la población³.

Si bien existen numerosos estudios respecto a las intervenciones para dejar de fumar, en nuestro país aún la evidencia científica es escasa. Una de las razones que explica la carencia de estudios a nivel nacional, es que actualmente en Chile son pocos los centros de salud, tanto públicos como privados, que tienen incorporados y desarrollados intervenciones multidisciplinarias para el tratamiento del tabaquismo⁷.

Actualmente, a pesar que existen diversos tipos de abordajes terapéuticos efectivos para la cesación tabáquica; sólo el 30% de la población mundial tiene acceso a ellos³. En nuestro país, no existen normas técnicas específicas desarrolla-

das por el Ministerio de Salud que establezcan protocolos de fácil implementación y a un bajo costo. No obstante, en noviembre del año 2017 se lanzó la Guía Chilena sobre el tratamiento del Tabaquismo a cargo de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, lo cual ha significado un gran avance en este aspecto.

En la práctica de las terapias para la cesación tabáquica, el Instituto Nacional del Tórax (INT) es un centro de referencia, realizando este tipo de intervenciones hace más de 25 años. Este Hospital, es un centro sanitario de alta complejidad, y recibe a pacientes de toda la red pública de Chile. Considerando las intervenciones clínicas para la cesación tabáquica, el objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad del programa terapéutico ambulatorio del Instituto Nacional del Tórax entre los años 2014-2019 para cesación del hábito tabáquico en pacientes fumadores que adhieren a la intervención.

Métodos

Diseño de investigación y participantes

Se realizó un estudio cuasiexperimental que incluyó al universo de pacientes admitidos en el programa desde enero 2014 a noviembre 2019 y que cumplieron con los criterios de inclusión al estudio. Los requisitos para participar en la intervención fueron: diagnóstico de tabaquismo, motivación para dejar de fumar, etapa contemplativa del cambio según Di Clemente y Prochaska. Se excluyeron quienes al momento de la evaluación inicial presentaron enfermedad psiquiátrica inestable. En total se incluyeron 134 participantes que cumplieron los criterios de inclusión al estudio.

Intervención

La intervención consistió en un taller grupal multicomponente, es decir, terapia cognitivo conductual y Vareniclina como fármaco. Los grupos estuvieron compuestos por 7 a 15 participantes, los cuales durante 8 semanas se reunieron semanalmente por 120 minutos. La actividad fue dirigida por médico broncopulmonar, psicóloga y enfermera. El objetivo general fue proveer estrategias que ayuden en el proceso de cesación del consumo de tabaco; entregando un pilar educativo sobre riesgos del consumo, beneficios de la cesación, y actividades de terapia cognitivo conductual que buscaban fortalecer la autoeficacia, autoestima, autocontrol, reconocimiento de emociones positivas y prevención de recaídas. Adicionalmente, la enfermera realizó un seguimiento telefónico semanal estandarizado entre cada sesión. Al finalizar las 8 sesiones, hubo un

seguimiento mensual vía telefónica hasta completar los 6 meses.

Variables

Se midieron las siguientes variables como desenlace principal: Adherencia al tratamiento (asistencia a 5 o más sesiones), Abstinencia (dejar de consumir tabaco dejando la ingesta en cero), Cesación tabáquica (mantener la abstinencia tabáquica durante 6 meses continuos), Exfumador (persona fumadora que mantiene abstinencia de tabaco por 6 meses continuos^{1,17}). Y se estudiaron otras variables de control tales como: edad, sexo, enfermedades tabaco dependientes, Índice paquete/año (IPA), nivel de dependencia física a la nicotina (test de Fagerström), Motivación para abandonar el cigarrillo (test de Richmond), número de tratamientos previos para dejar de fumar, Etapa del cambio (según Prochaska y Di Clemente) y Estado psicoemocional (test de Goldberg).

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Análisis estadístico

Se observó que existía una gran cantidad de datos perdidos en el seguimiento, por lo que, se dividió el grupo en dos. Uno que corresponde a quienes completaron los 6 meses de seguimiento posterior a la intervención (grupo 1) y otro, quienes no lo realizaron (grupo 2). Configurados ambos subgrupos, se realizaron los análisis descriptivos comparándolos.

Adicionalmente, se analizó a los sujetos que completaron el seguimiento de los 6 meses posterior al tratamiento, es decir, el grupo de los seguidos. Este grupo a su vez se subdividió entre quienes tenían datos perdidos y, por lo tanto, no se puede realizar el análisis completo (grupo no cumple criterio); y el subgrupo de quienes no tienen datos perdidos, el grupo que cumple criterio.

Se realizaron análisis estratificados, bivariados y multivariados. Los análisis multivariados se ajustaron: edad, sexo, dependencia física a la nicotina medida a través del test de Fagerström, enfermedades crónicas, intentos previos y motivación para dejar de fumar medida a través de la prueba de Richmond.

El análisis estadístico fue realizado usando el software STATA V15.

Resultados

De los 463 sujetos que participaron de la intervención, 134 participantes cumplieron los criterios de inclusión al estudio (Figura 1).

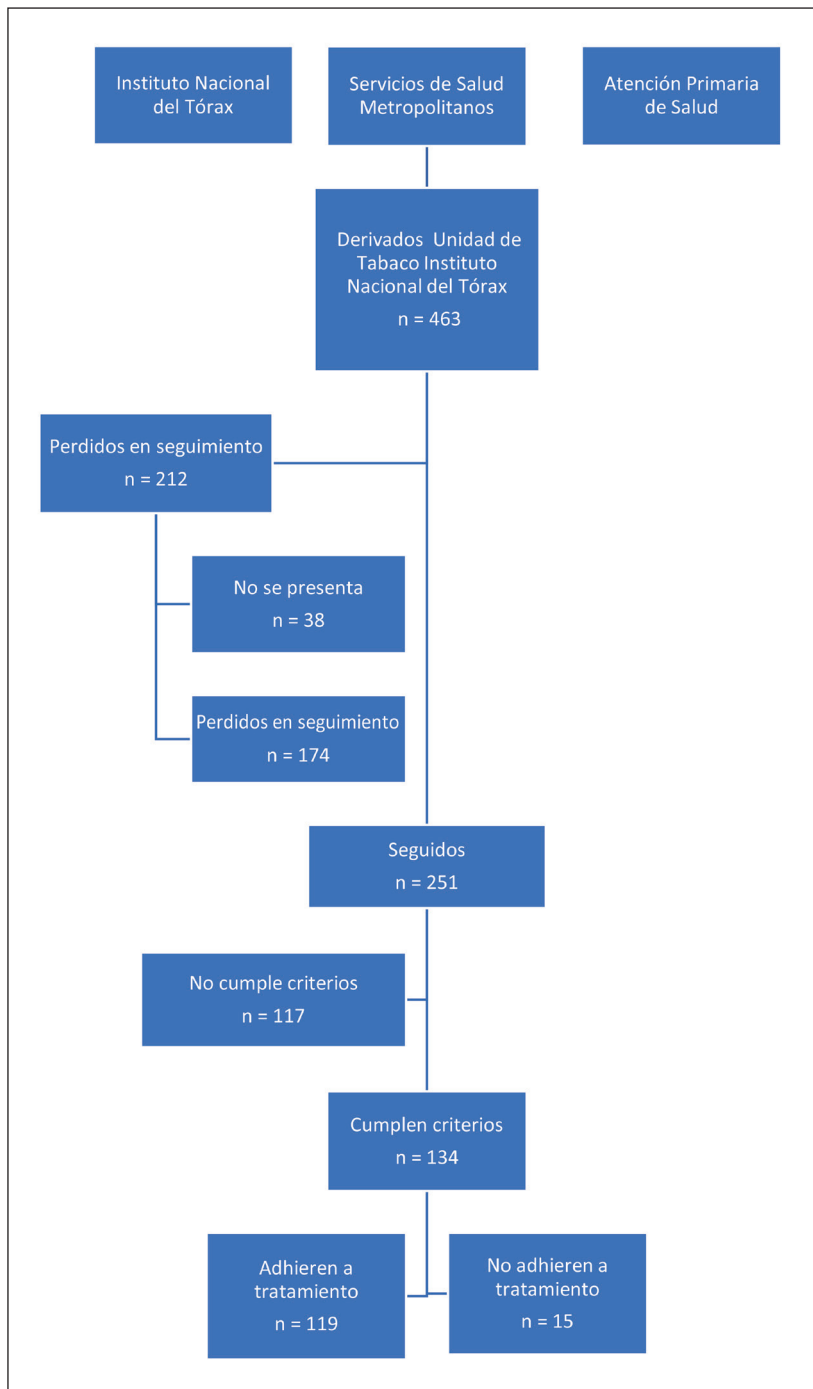


Figura 1. Flujograma de seguimiento de los participantes

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y asociadas al consumo de tabaco entre los sujetos seguidos y perdidos en el seguimiento. En el análisis se observan diferencias en cuanto al sexo y grado de dependencia a la nicotina. En cuanto a las demás variables asociadas al consumo de tabaco según grupo de seguimiento, no existieron diferen-

cias en cuanto a IPA, número de tratamientos previos, motivación, estado psicoemocional y comorbilidades.

Sólo un 4% de los participantes no presentan patologías, siendo la EPOC la más frecuente con 41%, seguido por las enfermedades cardiovasculares con 35% y finalmente los trastornos depresivos con 17%.

Tabla 1. Características sociodemográficas y relacionadas al consumo de tabaco de los participantes del estudio

| Variable | Total | Seguidos | Perdidos | Valor de p |
|--|--------------|-------------|-------------|------------|
| Edad, Media (DE) ^δ | 58,51 (10,3) | 58,4 (9,7) | 58,6 (11) | 0,858 |
| Sexo, n (%) | | | | |
| Mujer | 284 (61,3) | 166 (66,1) | 118 (55,7) | 0,021 |
| Hombre | 179 (38,7) | 85 (33,9) | 94 (44,3) | |
| Servicio salud, n (%) | | | | 0,105 |
| INT ¹ | 66 (18,7) | 44 (22,7) | 22 (13,8) | |
| SSM ² | 249 (70,5) | 130 (67) | 119 (74,8) | |
| APS ³ | 38 (10,8) | 20 (10,3) | 18 (11,4) | |
| IPA ¹ , Media (DE) ^δ | 36,4 (18,5) | 38,1 (18,2) | 34,2 (18,7) | 0,051 |
| Nº tratamientos previos, Media (DE) ^δ | 0,1 (0,4) | 0,1 (0,4) | 0,06 (0,02) | 0,203 |
| Dependencia a la nicotina, n (%) | | | | |
| Bajo | 75 (20,3) | 43 (20,7) | 32 (19,9) | 0,036 |
| Moderado | 106 (28,7) | 49 (23,5) | 57 (35,4) | |
| Alto | 188 (51) | 116 (55,8) | 72 (44,7) | |
| Motivación para dejar de Fumar ¹ | | | | |
| Baja-Moderada | 73 (20,9) | 43 (20,8) | 30 (21) | 0,963 |
| Alta | 277 (79,1) | 164 (79,2) | 113 (79) | |
| Estado Psicoemocional ² , n (%) | | | | |
| Ausencia patología | 265 (78) | 164 (82,4) | 101 (71,6) | |
| Sospecha patología | 47 (13,8) | 21 (10,6) | 26 (18,4) | |
| Indicativo patología | 28 (8,2) | 14 (7) | 14 (10) | |
| Presencia de Comorbilidades | | | | |
| Sí | 354 (95,9) | 187 (94,4) | 167 (97,7) | 0,119 |
| No | 15 (4,1) | 11 (5,6) | 4 (2,3) | |
| Comorbilidades, n (%) | | | | 0,826 |
| EPOC | 150 (42,4) | 78 (41,7) | 72 (43,1) | |
| CC | 12 (3,4) | 5 (2,7) | 7 (4,2) | |
| T.D | 63 (17,8) | 33 (17,6) | 30 (18) | |
| Otros | 129 (36,4) | 71 (38) | 58 (34,7) | |

^δDesviación Estándar. INT: Instituto Nacional del Tórax. SSM: Servicios de Salud Metropolitano. APS: Atención Primaria de Salud. EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. CC: Cardiopatías Coronarias. T.D: Trastorno Depresivo. ¹Clasificación de Richmond: Baja (0-6 puntos) Moderada (7-8 puntos) Alta (9-10 puntos). ²Clasificación de Goldberg: Ausencia de patología (0-4 puntos) Sospecha de patología subumbral (5-6 puntos) Indicativo presencia de patología (7- 12 puntos).

La Tabla 2 describe la abstinencia tabáquica a lo largo del seguimiento. Se observa que la proporción de abstinencia disminuyó de 85% a 58% al sexto mes post terapia. Una vez completado el seguimiento de 6 meses, un 52% se convirtió en exfumador.

En cuanto a la adherencia a la intervención el 92% de los sujetos que completaron el seguimiento asistió a 5 o más sesiones de la terapia grupal.

La Tabla 3 describe la cesación tabáquica en sujetos que completaron el seguimiento. Entre los que adherieron a la terapia, el OR fue de 1,56 (IC 95%: 0,5-4,6) lo cual significa que existe un 56%

de mayor cesación tabáquica en quienes adhieren a la intervención terapéutica comparados con quienes no lo hacen, sin embargo, el valor de p no es estadísticamente significativo.

La Tabla 4 detalla la relación entre adherencia a la intervención y abstinencia tabáquica ajustada por edad y sexo. Al final de la intervención, aquellos que adhieren a la terapia tienen 34 veces mayor probabilidad de abstinencia comparado con los que no adhieren a la terapia. Adicionalmente se observa que en el seguimiento posterior al primer, tercer y sexto mes de finalizado el tratamiento, esta relación se mantiene pero pierde significancia.

Tabla 2. Abstinencia tabáquica a lo largo del seguimiento

| Abstinencia, n (%) | Final Intervención | Mes 1 | Mes 3 | Mes 6 | Exfumador* |
|--------------------|--------------------|------------|------------|------------|------------|
| Sí | 304 (85,1) | 254 (84,6) | 187 (40,4) | 159 (58,2) | 126 (52,3) |

*Exfumador: Persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.

Tabla 3. Cesación tabáquica según adherencia al tratamiento

| Tratamiento grupal | Total | Cesación tabáquica | | OR | IC 95% | Valor de p |
|------------------------------|----------|------------------------|------------|----------------|---------|------------|
| | | Exfumador ² | Fumador | | | |
| No adhiere, n (%) | 19 (8) | 8 (6,3) | 11 (9,6) | 1 (Referencia) | | |
| Adhiere ¹ , n (%) | 222 (92) | 118 (93,7) | 104 (90,4) | 1,56 | 0,5-4,6 | 0,354 |

¹Adhiere: persona que asiste a 5 o más sesiones de la terapia grupal de cesación tabáquica. ²Ex Fumador: Persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.

Tabla 4. Relación entre adherencia al tratamiento y abstinencia tabáquica a lo largo del seguimiento, ajustado por edad y sexo

| Abstinencia | OR (IC) | Valor de p |
|-----------------------|-------------------|------------|
| Final del tratamiento | 34,4 (5,9 -199,5) | 0,000 |
| Seguimiento | | |
| Mes 1 | 3,6 (0,8-15,8) | 0,087 |
| Mes 3 | 3,3 (0,9 -12) | 0,075 |
| Mes 6 | 2,11 (0,6- 7,6) | 0,250 |

Discusión

Los resultados de esta investigación muestran una tasa de cesación tabáquica a los 6 meses de seguimiento del 52%, confirmando la alta efectividad de la terapia grupal, tal y como han puesto de manifiesto otros estudios previos^{4,5,8}. Resultados similares, se han reportado en el mismo centro con cohortes anteriores. El primer reporte del INT en 1995, en el cual se realizó un estudio retrospectivo con 89 sujetos, obtuvo una tasa cesación tabáquica de 55,1% a los 6 meses posterior al tratamiento⁷. Adicionalmente el INT el 2015 encontró una tasa de cesación tabáquica de 40% a los 6 meses, trabajando con el modelo de intervención actual⁵. La última publicación del INT del año 2017 mantiene la evaluación del mismo programa de tratamiento y la tasa de cesación fue 31,4% a los 6 meses post tratamiento⁸.

Es importante destacar que existen otros estudios en Chile enfocados a evaluar programas de cesación tabáquica multicomponente, los cuales presentan menor tasa de cesación. El estudio de Bass y colaboradores³, analizaron la efectividad del Policlínico antitabaco de la Red del Servicio

de Salud de Talcahuano, con 191 participantes, logrando una tasa de cesación tabáquica de 36,6%. Un punto importante en esta investigación fue la mayor presencia de mujeres y uso de Bupropión de 150 mg y chicles de nicotina de 2 mg; los cuales tienen menor efectividad que la Vareniclina⁴.

Por su parte, comparando los resultados obtenidos con programas similares que utilicen Vareniclina, destaca Peña y cols.⁹, quienes analizaron los factores de éxito asociados a la terapia antitabaco en paciente tratados con Vareniclina en una terapia de tipo individual en un programa multidisciplinario en un centro de salud privado, durante el período de 2005 a 2015, con un éxito de la intervención en un 49% de los participantes. Pese a que la terapia fue de tipo individual en el estudio de Peña y colaboradores, hay estudios que señalan que no existen diferencias en los resultados entre terapia grupal o individual⁶.

La evidencia muestra que existen múltiples formatos de terapia multicomponente, por lo que, no es fácil realizar comparaciones; principalmente en lo relacionado a las variables sociodemográficas. En el presente trabajo el 61% de la muestra eran mujeres. En el estudio de Robert y cols.¹¹ reclutaron a 246 mujeres para identificar las características demográficas y psicológicas relacionadas a las pérdidas en los tratamientos. Describieron 2 tipos de pérdida: la pérdida temprana, que corresponde a perderse antes del intento de dejar de fumar; y pérdida tardía, que corresponde a perderse después de dejar de fumar. Encontraron que las mujeres con al menos un niño viviendo en casa tenían mayor riesgo de abandono temprano y tardío. Mientras que no tener un título universitario se relacionaba con mayor riesgo de pérdida

tardía. En nuestro estudio la pérdida temprana fue sólo 8%, a diferencia de lo que sucede en otros estudios como el de Alonso-Pérez y cols. que fue de 22%. En una revisión sistemática de Belita y cols.¹², encontraron que la deserción en el seguimiento oscila entre 10 y 50%. Por lo que, la pérdida del seguimiento en nuestro estudio estaría dentro de la media, con 46%, y la mayor proporción corresponde a una pérdida tardía, con 38%, similar al estudio de Alonso-Pérez y cols 2014, en el cual fue 37%. Algunas revisiones sistemáticas como la de Belita y cols.¹², destacan que los estudios que superan el 35% de pérdida de seguimiento incluyen a más fumadores con síntomas de depresión y mujeres con problemas de peso. Se cree que la alta tasa de deserción entre las mujeres puede estar relacionada con prioridades que compiten entre sí, incluidas las responsabilidades familiares, factor en este trabajo que no fue evaluado¹¹.

En relación con las variables asociadas al consumo de tabaco, dentro de las enfermedades tabaco dependientes, la más prevalente fue la EPOC con 41%, lo que coincide con la publicación de Benavides y cols.⁸ y Bello y cols.⁵.

Nuestros resultados no demostraron una asociación significativa entre puntaje de Fagerström y los resultados de cesación tabáquica, sin embargo, clínicamente es probable que este sea un factor clave en la terapia como lo han demostrado otros estudios^{13,14}.

Adicionalmente, una revisión sistemática¹⁵ destaca que existen barreras comunes para la cesación tabáquica como: dificultad en el acceso a servicios de salud, alta prevalencia y aceptación del tabaquismo, nivel socioeconómico, adicción a la nicotina, falta de apoyo y recursos para hacerlo. En nuestro estudio, el estado psicoemocional ansioso-depresivo, medido a través de la prueba de Goldberg, no mostró diferencias significativas entre los perdidos y seguidos, en similitud con otros estudios internacionales como Raich y cols. (2010)¹⁶ que muestran que las tasas de cesación tabáquica no están asociadas con otros factores, como el sexo, la edad o los antecedentes psiquiátricos.

Por otro lado, la motivación para dejar de fumar medida a través de la prueba de Richmond no presentó diferencias significativas entre el grupo de perdidos y seguidos. Así como tampoco modificó el efecto o generó sesgo al realizar el análisis multivariado. Lo que es concordante con la revisión sistemática de Vangeli y cols.¹⁷, la cual señala que la motivación para dejar de fumar no ha mostrado relaciones consistentes con el éxito en dejar de fumar.

La adherencia de los fumadores a los tratamientos para dejar de fumar no es una cuestión de “todo o nada”. Podría hablarse de un continuo en el grado de adherencia: puede que asista a las citas, pero no tome la medicación prescrita, que comience una terapia psicológica en grupo, pero no entrene las estrategias para controlar los deseos de fumar, etc.¹⁸.

Por otro lado, la falta de adherencia a la medicación también explicaría al menos parte de la discrepancia entre la eficacia observada en los ensayos clínicos controlados estrictamente y la práctica clínica habitual. El trabajo de Pacek y cols.¹⁹, encontró que la creencia de que los fármacos para dejar de fumar no ayudan con la cesación fueron razones muy prevalentes, y se asociaron consistentemente con la falta de adherencia a la medicación. Por lo que, evaluar y medir correctamente la adherencia puede ayudar a mejorar las tasas de cesación entre los participantes.

En nuestro estudio aquellos que adhieren a la terapia presentan mayor probabilidad de lograr la cesación tabáquica, al finalizar el tratamiento, pero pierde fuerza a los meses post intervención. Y al realizar el análisis multivariado, el sexo fue la única variable que modificó el efecto; este hecho puede tener varias causas, si bien existe discusión respecto de si los hombres tienen mayor facilidad para dejar de fumar que las mujeres, hay varios estudios que destacan las dificultades que pueden tener en el proceso de cesación tabáquica; y como toda variable epidemiológica, el tabaquismo se ve influenciado por el sexo. No obstante, una de las principales limitaciones de los estudios que analizan diferencias en la deshabitación tabáquica entre varones y mujeres ha sido considerar el papel del sexo sin considerar las variables de confusión ligadas al mismo²⁰. Esto se puede ver en un estudio de Cohorte realizado en Francia, en el cual sugieren que los ensayos clínicos rara vez diseñan estudios de forma preventiva para evaluar las diferencias de sexo / género, y es probable que las comparaciones post-hoc de sexo/género estén sesgadas porque la aleatorización no estratificada no logra equilibrarlo²¹. Es cierto que existen diferencias en tasas de cesación por sexo, dentro de las posibles explicaciones se han encontrado diferencias en los genes relacionados con el metabolismo de la nicotina y con los receptores dopaminérgicos, las mujeres tienen un metabolismo más rápido de la nicotina, y se ha reportado variabilidad de la respuesta al Bupropión en varones y mujeres²⁰. Algunas investigaciones, reportan que existen diferencias en los patrones de cesación tabáquica según el

sexo, pero diferenciado según grupo etario. Por ejemplo, las mujeres jóvenes del Reino Unido (hasta los 40 años) dejan de fumar más que los hombres, mientras que en edades medias (50-64 años) dejan más estos últimos y por encima de los 65 años ambos sexos dejan por igual²³. Por otro lado, algunos estudios sugieren que las mujeres podrían hacerse dependientes con menores dosis de nicotina. Sin embargo, sí se han encontrado diferencias importantes en el tipo de dependencia. En general, la motivación para fumar es distinta en varones, en los que el consumo tiene un papel estimulante en busca de sensaciones positivas, frente al consumo en mujeres que se basa en su papel sedante para evitar sensaciones desagradables²⁰. Esto es consistente con el estudio de Robert y cols. 2011¹² en el cual encontraron que las mujeres reportan mayores niveles de culpa cuando se enfrentan a una recaída, llevándolas a abandonar el tratamiento o a continuar fumando. De forma general, existen tres obstáculos principales a los que deben enfrentarse las mujeres al dejar de fumar: el estrés, los trastornos afectivos y el control del peso. Todo ello hace que las mujeres presenten con mayor frecuencia síntomas depresivos durante el abandono, y estos estados de ánimo negativos se relacionan con mayor tasa de recaídas.

Finalmente, lograr la cesación tabáquica es bastante complejo y como vemos existen muchos factores que pueden incidir. Uno de estos es que para que el tratamiento se considerara exitoso y la persona se convierta en un exfumador, se requiere que se mantenga en abstinencia del tabaco por 6 meses continuos. En el presente trabajo, además analizamos la asociación entre adherencia al tratamiento y la abstinencia al finalizar el tratamiento y al primer, tercer y sexto mes. Los resultados de análisis ajustados por sexo muestran asociación entre adherencia y mayor abstinencia al finalizar el tratamiento, mes 1 y 3, sin embargo, al sexto mes la adherencia no se asoció con abstinencia. Probablemente con el paso del tiempo existen otros factores que pueden estar influyendo en mantener la abstinencia tabáquica o precipiten la recaída.

Las principales limitaciones radican en que no se pudo evaluar variables importantes como: escolaridad, nivel socioeconómico, zona de residencia, presencia de otro fumador en la casa y la cantidad actual de cigarrillos fumados. Además, las pérdidas en el seguimiento fueron altas, sin embargo, se realizó un análisis comparativo en cuanto a características basales de quienes se perdieron y quienes completaron seguimiento.

Una de las principales fortalezas de esta in-

vestigación es que refleja los resultados de una intervención multicomponente realizado en la práctica clínica, evaluando la forma de trabajo de un hospital público de alta complejidad en Chile. Asimismo, el mismo hecho de no haber tenido ninguna relación ni control en la recopilación de los datos, reduce el sesgo del estudio.

Conclusiones

El programa de cesación tabáquica del centro ambulatorio del INT, durante los años 2014 a 2019 tiene una efectividad global adecuada, incluso más alta que la esperada.

Las características biopsicosociales basales del grupo de estudio indican que se trató de un grupo mayoritariamente de mujeres en su adultez media, con alta carga y morbilidad asociada al consumo de tabaco, provenientes de la atención secundaria, sin intentos formales previos para dejar de fumar, con alta adicción a la nicotina, sin patologías de salud mental y con alta motivación para dejar de fumar.

Referencias bibliográficas

- 1.- CORVALÁN BMP. Anexo 1. Glosario. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 mayo 29];33(3):252-3. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071773482017000300252&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300252>.)
- 2.- PUSCHEL K, THOMPSON B, OLCA F, FERRECCIO C. Factores predictores de inicio y cesación de tabaquismo en una cohorte de mujeres chilenas con 5,5 años de seguimiento. Rev Méd Chile 2009;137:1001-9. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n8/art01.pdf>
- 3.- BASS C, TAPIA S, VALENZUELA M, TAPIA M. Efectividad del policlínico antitabaco en red del Servicio de Salud de Talcahuano (2002 – 2004). Rev Chil Salud Pública 2013;17(3):245-54.
- 4.- PEÑA GP, ZAGOLIN BM. Vareniclina. Rev Chil Enferm Respir 33(3):212-5.
- 5.- BELLO S, CHAMORRO H, ORELLANA F, CISTERNAS L, SALINAS M. Experiencia de un programa de cesación del tabaquismo en el Instituto Nacional del Tórax. Rev Chil Enferm Respir 2015;31(2):94-100.
- 6.- CAMARELLES GF, SALVADOR LLIVINA T, RAMÓN TORELL J M^a, CÓRDOBA GARCÍA R, JIMÉNEZ RUIZ C, LÓPEZ GARCÍA-ARANDA V, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Rev. Esp. Salud Publica 2009;83(2):175-200.
- 7.- BELLO S, CORVALAN M. Tratamiento del Tabaquis-

- mo: Experiencia del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Rev Chil Enf Respir* 1994;10:136-42.
- 8.- BENAVIDES G, CORRAL D, CHAMORRO H, SOLER T, COLLAO E, MOSCOSO S. Factores Predictores de éxito en tratamiento del Tabaquismo programa de Tabaquismo Instituto Nacional del Tórax, entre el 2014 y 2017. *Rev Chil Enf Respir* 2017;33:S 37-S 62.
 - 9.- PEÑA P, ZAGOLIN M, ACUÑA M, NAVARRETE S, BUSTAMANTE P, SUÁREZ C, et al . Resultados de un programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico. *Rev. méd. Chile* 2013;141(3):345-52.
 - 10.- PEÑA P, ZAGOLIN M, ACUÑA M, NAVARRETE S, BUSTAMANTE P, CANALS A. Factores asociados con el éxito de la terapia antitabaco en pacientes tratados con vareniclina: 10 años de experiencia en un programa multidisciplinario. *Rev. méd. Chile* 2016;144(8):965-71.
 - 11.- LEEMAN RF, QUILES ZN, MOLINELLI LA, TERWAL DM, NORDSTROM BL, GARVEY AJ, KINNUNEN T. Attrition in a multi-component smoking cessation study for females. *Tob Induc Dis.* 2006;15-3(1):59-71. doi: 10.1186/1617-9625-3-2-59.
 - 12.- BELITA E, SIDANI S. Attrition in Smoking Cessation Intervention Studies: A Systematic Review. *Can J Nurs Res.* 2015;47(4):21-40. English, French. doi: 10.1177/084456211504700402.
 - 13.- AUNG MN, YUASA M, MOOLPHATE S, LORGA T, YOKOKAWA H, FUKUDA H, et al. Effectiveness of a new multi-component smoking cessation service package for patients with hypertension and diabetes in northern Thailand: a randomized controlled trial (ESCAPE study). *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2019;14(1):10. doi: 10.1186/s13011-019-0197-2.
 - 14.- BHANG SY, CHOI SW, AHN JH, KIM K, KIM H, PARK HK. Predictors of success at six-month follow-up at a public smoking cessation clinic in South Korea. *Asia Pac Psychiatry.* 2013;5(3):197-204. doi: 10.1111/j.1758-5872.2012.00175.x.
 - 15.- TWYMAN L, BONEVSKI B, PAUL C, BRYANT J. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open* 2014;4:e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414112
 - 16.- RAICH A, MARTÍNEZ-SÁNCHEZ JM, MARQUILLESE, RUBIO L, FUM, FERNÁNDEZ E. Abstinencia a los 12 meses de un programa multicomponente para dejar de fumar. *Adicciones*, [S.l.] 2015;27(1):37-46. Disponible en: <<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/192>>. Fecha de acceso: 05 jul. 2021 doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.192>.
 - 17.- VANGELI E, STAPLETON J, SMIT ES, BORLAND R, WEST R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction.* 2011;106(12):2110-21. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03565.x.
 - 18.- SALVADOR MANZANO M, AYESTA FJ. La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Psychosocial Intervention* 2009;18(3):233-44. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592009000300004&lng=es.
 - 19.- PACEK LR, MCCLERNON FJ, BOSWORTH HB. Adherence to Pharmacological Smoking Cessation Interventions: A Literature Review and Synthesis of Correlates and Barriers. *Nicotine Tob Res.* 2018;4;20(10):1163-72. doi: 10.1093/ntr/ntx210.
 - 20.- EB DE HIGES MARTÍNEZ, Á RAMOS PINEDO. Revista Prevención del Tabaquismo. Área de tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. 2013;15(3):3:114-20.
 - 21.- LEGLEYE S, KHLAT M, BECK F, PERETTI-WATEL P. Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns: a cohort and gender analysis in France. *Drug Alcohol Depend.* 2011;117(2-3):233-41. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.02.004.
 - 22.- SMITH PH, BESSETTE AJ, WEINBERGER AH, SHEFFER CE, MCKEE SA. Diferencias de sexo/género en el abandono del hábito de fumar: una revisión. *Prev Med.* 2016;92:135-40. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.07.013.
 - 23.- NERÍN I, JANÉ M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la Prevención el Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. España.

Correspondencia a:

Klga. Carolina Aguila Oyarzún
 CESFAM Carmela Carvajal
 Puerto Montt. X Región. Chile
 Email: c.aguila.o@gmail.com