

Artículo de revisión

Modelo de una clínica para dejar de fumar en la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Model of a Quitting Smoking Clinic at the Pontificia Universidad Javeriana, Bogota, Colombia
Modelo de uma clínica de cessação do tabagismo na Pontificia Universidade Javeriana, Bogotá, Colômbia

Becerra Martínez Nelci Astrid,* Alba Talero Luz Helena,** Vivas Prieto José Manuel,**
Cañón Muñoz Martín Alonso,** Luna Guerrero Carolina,**** Castaño Mora Isabel Patricia****

Resumen

El tabaquismo es la principal causa prevenible de mortalidad. La Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) ha buscado fortalecerse como una universidad saludable desde 2003, lo cual ha implicado el desarrollo de diferentes iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Dentro de las intervenciones propuestas y como respuesta a las necesidades propias del contexto universitario, se han implementado acciones para el control del tabaquismo tendientes a reducir el acceso, promover y defender los espacios libres de humo, desestimar el consumo de los productos de tabaco y favorecer la cesación. La Clínica para dejar de fumar es un servicio interdisciplinario que utiliza el modelo de estadios de cambio comportamental para brindar tratamiento a quienes desean dejar de fumar. Con una comunidad de 30,000 personas, se estiman más de 500 usuarios potenciales con efectividad diferencial de las intervenciones (jóvenes y adultos). Su implementación comprende una experiencia piloto que evaluó estrategias comunicativas, instrumentos de valoración de riesgo, protocolos clínicos, herramientas informáticas y flujos administrativos. En el mediano plazo se valorará adherencia, efectividad y satisfacción de los usuarios. Además de reducir la prevalencia del tabaquismo, se espera promover el autocuidado y posicionar el Programa de Universidad Saludable mediante intervenciones integrales.

Summary

Smoking is the main preventable cause of mortality. The Pontificia Universidad Jave-

riana (PUJ) has looked to strengthen a healthy university since 2003, which has involved the development of various initiatives to promote health and prevent diseases. Among the proposed initiatives and as a response of the proper needs of the university, several actions have been implemented to control smoking by reducing tobacco access, promoting and defending smoke-free areas, discouraging tobacco consumption and favoring cessation. The Quitting Smoking Clinic is an interdisciplinary service, which uses the model of behavioral changes to provide a treatment for those who want to quit. In a community of 30,000 people, it is estimated that more than 500 potential users with differential effectiveness of the interventions (young people and adults). Its implementation involved a study, which evaluated communicative strategies, risk assessment tools, clinical protocols, administrative tools and flows. In the medium term adherence, effectiveness and satisfaction of the users will be evaluated. In addition to reducing smoking, it is expected to promote self-care and placement of a Healthy University Program through integral interventions.

Resumo

O tabagismo é a principal causa evitável de mortalidade. A Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) tem procurado fortalecer uma universidade saudável desde 2003, que envolveu o desenvolvimento de várias iniciativas para promover a saúde e prevenir a doença. Entre as intervenções propostas e as respostas próprias no contexto universitário, tem se implementado ações de controle destinadas a reduzir o acesso ao tabaco, promover e defender os espaços livres de fumo, desencorajar o consumo de tabaco e promover a cessação. A Clínica de Cessação do Tabagismo é um serviço interdisciplinar que utiliza o modelo de estágios de mudança comportamental para fornecer tratamento para aqueles que querem parar de fumar. Com uma comunidade de 30.000 pessoas são estimadas mais de 500 usuários em potencial com eficácia diferencial das intervenções (jovens adultos). Sua implementação envolve um estudo piloto que avaliou as estratégias de comunicação, ferramentas de avaliação de risco, protocolos clínicos, ferramentas administrativas e fluxos. No prazo médio se valorizará adesão ao tratamento, efetividade, e satisfação do usuário. Além de reduzir a prevalência do tabagismo espera-se promover o auto-cuidado e o Programa Universidade Saudável, através de intervenções abrangente.

Palabras claves: tabaquismo, cesación de tabaco, promoción de la salud, universidad.

Key words: smoking, quitting smoking, health promotion, University.

Palavras chave: tabagismo, cessação do tabaco, promoção da saúde, universidade.

*Médico familiar. Coordinadora de la Clínica para dejar de fumar, Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), Hospital Universitario de San Ignacio. Docente Ad-honorem, departamento de Medicina Preventiva y Social, PUJ.

**Coordinadora académica. Especialización en Medicina Familiar, departamento de Medicina Preventiva y Social, PUJ.

***Médico familiar, Hospital Universitario San Ignacio. Docente Ad-honorem, departamento de Medicina Preventiva y Social, PUJ. Miembro del equipo terapéutico de la Clínica para dejar de fumar. PUJ.

****Psicóloga, Clínica Comportamental. Miembro del equipo terapéutico de la Clínica para dejar de fumar, PUJ, Hospital Universitario San Ignacio.

Correspondencia:
Becerra Martínez Nelci Astrid
becerra.n@javeriana.edu.co

Aten Fam 2011; 18(4):87-90.

Introducción

El tabaquismo es el principal factor de riesgo asociado a mortalidad prevenible a nivel mundial. Se estima que existen 1,300 millones de fumadores en el mundo y se predice que la carga atribuida a su consumo se duplicará para el año 2020 si no se instauran medidas que permitan controlarlo.¹

Existen 9.3 millones de fumadores en Colombia (19.8% de prevalencia en adultos)² y el consumo en personas jóvenes se está incrementando (prevalencia de 26.2% en jóvenes escolarizados), con cifras superiores a las reportadas en otras ciudades capitales latinoamericanas.³ Esta situación es alarmante, si se toma en cuenta que alrededor de la mitad de los adolescentes que comienzan a fumar morirán por alguna enfermedad atribuible al cigarrillo.⁴

En la Pontificia Universidad Javeriana, la prevalencia encontrada en el periodo 2007-2008 con personas que usan los servicios médicos de los consultorios universitarios fue de 23% y 33% en mujeres y hombres jóvenes, respectivamente, y de 13% y 17% en mujeres y hombres adultos maduros,⁵ respectivamente. Otros datos más recientes sobre el consumo de cigarrillo, en la PUJ durante el periodo 2008-2009, indican que la prevalencia de fumadores en los estudiantes es de 31%, en el personal administrativo de 20.2% y en los profesores de 17%.⁶ Adicionalmente, los estudiantes de Medicina aumentan el consumo durante la carrera, pues la prevalencia durante el primer año de estudios es de 25.9% y en el quinto año se incrementa a 33.8%.⁷

El panorama del consumo de tabaco en jóvenes escolarizados es preocupante, aun más en el contexto de su aceptación social. En este sentido, el papel de las universidades e instituciones de educación superior es fundamental en la lucha global para el control del tabaquismo, pues deben promover e implementar intervenciones de prevención y reducción de consumo, fomentar ambientes libres de humo de tabaco, favorecer el empoderamiento de los no fumadores, informar acerca de los peligros del tabaco, además de motivar su abandono y modificar la aceptación social del acto de fumar.⁸

Las experiencias universitarias en el control del tabaquismo incluyen intervenciones de tipo institucional y de tipo individual. A nivel institucional, las estrategias se fundamentan en la adopción de políticas antitabaco impulsadas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁹ como la restricción al consumo, la educación e información sobre los efectos nocivos del tabaco y el control sobre la publicidad.^{10,11} A nivel individual se trabaja sobre la implementación de programas de cesación mediante estrategias como la consejería individual, el uso de material de autoayuda y sesiones de educación grupal.

Aunque hay pocos estudios que evalúan el impacto y la efectividad de las distintas intervenciones ofrecidas en las instituciones universitarias, se ha demostrado que las medidas existentes pueden tener una influencia positiva en desestimular el consumo y aceptar las políticas antitabaco, incluidas las restricciones a fumar dentro de los campus universitarios.¹²

La evidencia científica respalda el uso de distintas estrategias (identificación sistemática del hábito de fumar, consejería breve e intensiva, asesoramiento individual, grupal o telefónico, tratamiento farmacológico) que ayudan a las personas a dejar de fumar.¹³⁻¹⁶ Pese al carácter adictivo de la nicotina y al consumo compulsivo que esta sustancia produce, es posible modificar la conducta del fumador. Los programas mejor estructurados y que combinan estrategias de cesación han demostrado efectividad de entre 30 y 54%.⁸ Adicionalmente, también han sido ampliamente estudiados los beneficios para la salud que se producen como consecuencia de la cesación.^{17,18}

Diseño e implementación de un servicio de cesación para el hábito de fumar en el contexto universitario

En 2003, la Pontificia Universidad Javeriana comenzó su proceso para convertirse en una institución saludable. Este esfuerzo ha sido coordinado por el Programa de Universidad Saludable, en el cual se han organizado las actividades a desarrollar en tres ejes: articulación institucional, educación para el

autocuidado y mantenimiento de la salud. El eje de mantenimiento de salud incluye todas las estrategias encaminadas a promocionar la salud y prevenir la enfermedad a nivel individual, por grupos de riesgo y acciones dirigidas a la comunidad como grupo. En estos tres niveles han sido planificadas también las actividades encaminadas a intervenir la problemática del tabaquismo.¹⁹

En el nivel comunitario se han adelantado acciones favorecidas por los avances en la política antitabáquica colombiana. En abril de 2008, Colombia se adhiere al convenio para el control del tabaco propuesto por la OMS. Un mes después, se promulgó la resolución 1956 la cual prohíbe el consumo de tabaco en espacios cerrados y en julio de 2009 se aprobó la ley 1335 que prohíbe la publicidad y restringe el acceso de la población a derivados de la nicotina. En este contexto, y desde junio de 2008, la Pontificia Universidad Javeriana adelanta una campaña de señalización que hace explícito el acatamiento institucional a las normas nacionales promulgadas; se suspendió la venta al menudeo de cigarrillos, se retiraron encendedores y ceniceros de las áreas comunes, se incrementó el precio de las cajetillas de cigarrillo, y recientemente se restringió la venta, pues solo cuatro de las 20 cafeterías de la Universidad cuentan con este producto.

Como parte de las actividades dirigidas al grupo de fumadores y motivados por el deseo de apoyar a todas las personas fumadoras que deseen suspender el consumo, surge la iniciativa de crear la Clínica para dejar de fumar, en donde se indaga sistemáticamente en todos los pacientes sobre el consumo de tabaco, se utiliza un sistema de identificación de los fumadores en la historia clínica, se realiza consejería breve para motivar a aquellos fumadores que aún no han tomado la decisión de dejar de fumar y se refuerza la opción de no iniciar el consumo de tabaco en los no fumadores.

En la Pontificia Universidad Javeriana, 90% de los pacientes fumadores encuestados en los consultorios médicos expresaron su deseo de dejar de fumar si pudieran contar con ayuda profesional adecuada.⁴ En respues-

ta a esta necesidad se crea la clínica como un servicio de bienestar de la Vicerrectoría del Medio Universitario, ofrecido por un equipo interdisciplinario (Medicina Familiar, Psicología Clínica, Enfermería), que utiliza un modelo multicomponente fundamentado en los estadios de cambio comportamental²⁰ (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento).

El proceso de implementación de la clínica inició con una experiencia piloto de un mes de duración, en la que se evaluaron con seis pacientes el flujo administrativo propuesto, las estrategias comunicativas, los instrumentos de recolección de la información para la estimación del riesgo y clasificación de los pacientes (historia clínica del fumador, el cuestionario para establecer el nivel de dependencia, los instrumentos para valorar soporte social y estado psicológico), los protocolos clínicos (Medicina Familiar, Psicología y Enfermería), el material de autoayuda diseñado para los pacientes y las herramientas informáticas (*software* de la clínica). Esta metodología permitió realizar los ajustes necesarios al protocolo de intervención y al flujograma operativo. En general, los usuarios calificaron muy bien el proceso de inducción, las sesiones de evaluación y de intervención interdisciplinaria, así como el diseño, el contenido y la utilidad de los materiales de apoyo. Los instrumentos de recolección de la información y las herramientas informáticas se evaluaron entre los diferentes miembros del equipo terapéutico, mediante el uso de listas de chequeo para valorar aspectos relacionados con el diseño y la diagramación, los contenidos, los tiempos de entrevista, así como la comprensión por parte de los consultantes al proceso operativo. Adicionalmente, se emplearon técnicas cualitativas para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio.

Modelo de intervención de la clínica

El modelo comprende una serie de intervenciones organizadas dentro de un enfoque terapéutico integral e interdisciplinario, el cual aborda la problemática del tabaquismo considerando diferentes dimensiones del

problema; pretende ofrecer un manejo que se ajuste a las necesidades particulares de la persona involucrando al sujeto en su proceso de deshabituación tabáquica.

Las intervenciones clínicas se organizan de acuerdo con el grado de motivación del individuo para alcanzar la cesación del consumo de tabaco (con base en el modelo teórico de Prochaska) en cuatro etapas:

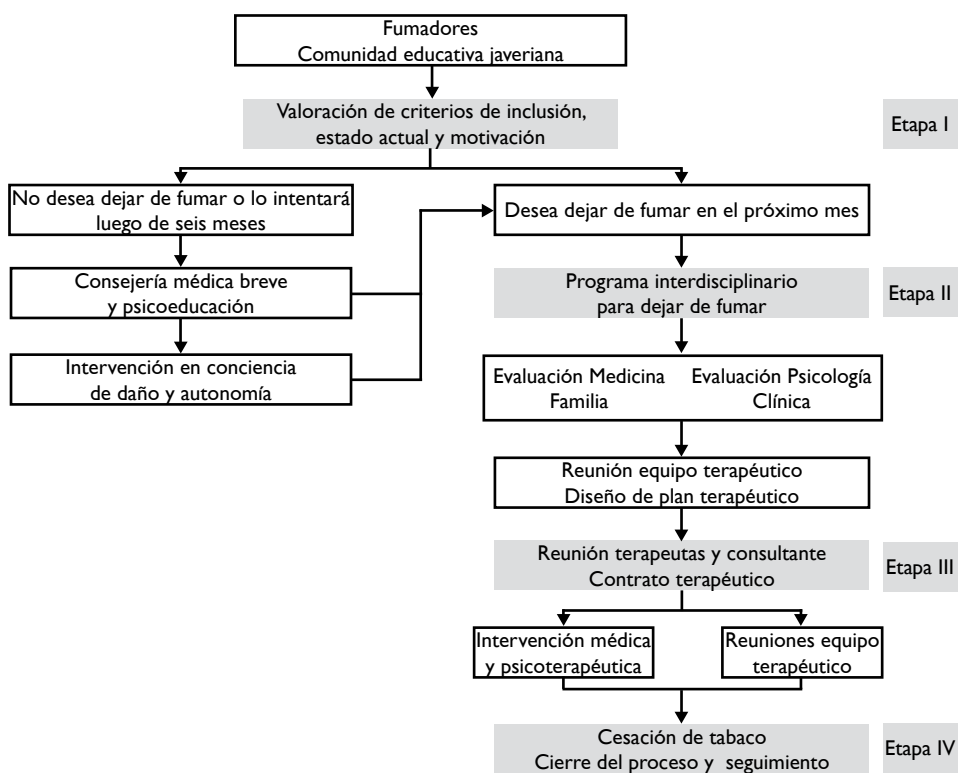
Etapa I: comienza con la valoración de la intensidad del consumo de cigarrillo y el grado de motivación para dejar de fumar. Los fumadores que no están interesados, tienen dudas o ambivalencia sobre querer abandonar el consumo (precontemplación), aun no se sienten preparados o prefieren posponer la fecha de cesación más allá de los siguientes seis meses (contemplación), son acompañados con intervenciones de tipo motivacional dirigidas a mejorar su disposición respecto al cambio. En este nivel se ofrece consejería médica breve y sesiones psicoeducativas en las que se usa material con contenidos sobre los riesgos del consumo y

los beneficios alcanzados al dejar de fumar. (Gráfico 1).

Etapa II: se ofrece a los fumadores que en el próximo mes quieren dejar de fumar (preparación) y a aquellos que ya lo están dejando (acción). En esta etapa se toman en cuenta los criterios de inclusión para acceder al servicio ofrecido por la Clínica para dejar de fumar: ser miembro de la comunidad educativa, tener más de 18 años, no tener enfermedades psiquiátricas que requieran tratamiento médico o psicoterapéutico continuo, no tener problemas de adicción a otras sustancias y la posibilidad de asistencia presencial al programa al menos durante dos meses. La intervención clínica comienza con una inducción sobre el servicio ofrecido, seguida por evaluaciones independientes de Medicina Familiar y Psicología (enfoque cognitivo conductual). Dichas evaluaciones están encaminadas a determinar el plan de intervención más apropiado de acuerdo con la intensidad del consumo, las comorbilidades, el análisis de los factores determinantes

ATEN FAM 2011;18(4)

Gráfico 1. Modelo de intervención. Clínica para dejar de fumar, PUJ



de la adicción, el enmarcamiento relacional de la conducta problema, así como el contexto familiar y social del individuo. En conjunto, el equipo terapéutico (Medicina Familiar y Psicología) plantea un plan de intervención específico para cada sujeto.

Etapa III: inicia con la presentación al paciente del resultado de la evaluación interdisciplinaria; se propone un plan terapéutico que, tras la discusión y concertación con el sujeto, conduce al establecimiento de una intervención definitiva. Después de la aceptación y compromiso del paciente frente a su proceso de deshabituación tabáquica se establece un contrato terapéutico simbólico.

El plan terapéutico incluye intervenciones por parte del equipo de Medicina Familiar en las que se realiza consejería médica intensiva, manejo médico de comorbilidades, de los síntomas de abstinencia, de los posibles efectos adversos de medicamentos (si estos fueron prescritos), así como mediciones periódicas de los niveles de monóxido de carbono en aire espirado (cooximetría), para evaluar el nivel real de abstinencia.

Las intervenciones de psicología están basadas en la terapia de aceptación y compromiso, enfocada a generar las condiciones motivacionales que facilitan el cambio a través de la exposición a diferentes contextos, y la abstinencia a lo largo del tiempo, así como la prevención de recaídas y el tratamiento de patologías asociadas.

La intervención ofrecida por la clínica incluye valoración de otras disciplinas que refuerzan la importancia para detener el consumo, tales como Nutrición Clínica, Medicina del Deporte, Odontología y Neumología, según se establezca la necesidad para cada paciente.

Etapa IV: incluye sesiones de seguimiento, las cuales se realizan a los tres, seis y 12 meses de abstinencia de acuerdo con el plan inicial desarrollado para cada paciente. Se considera como ex fumador a toda persona que haya logrado abstinencia por un año.

Proceso de evaluación de la clínica

Paralelo al inicio de la intervención clínica, se diseñó un protocolo de evaluación para

valorar la efectividad del modelo propuesto. Los principales desenlaces a considerar son la reducción del consumo, las tasas de cesación a seis y 12 meses, y los tiempos de abstinencia de acuerdo con el plan de tratamiento recibido. Además se pretende establecer relaciones entre el grado de dependencia a la nicotina, la motivación inicial, el grado de función familiar, soporte de amigos y los desenlaces previamente mencionados; adicionalmente se valorará la modificación del efecto que tienen el género, la edad y el tipo de ocupación sobre variables independientes y dependientes. Dado que las intervenciones propuestas son multicomponentes e individuales, se espera encontrar una efectividad cercana a 50% de acuerdo con experiencias previamente publicadas.

Conclusiones

El tabaquismo es el principal factor de riesgo prevenible a nivel mundial y en este momento constituye un problema de salud pública que resulta urgente intervenir. Tanto las medidas globales como aquellas en el ámbito comunitario e individual, han demostrado ser efectivas en la cesación del tabaquismo, por tanto las universidades tienen la responsabilidad frente a la prevención del consumo, limitación del acceso y el ofrecimiento de tratamientos individuales efectivos. En la actualidad, es prioritario diseñar propuestas integrales y evaluar su efectividad a corto plazo en aras de contribuir al control de esta epidemia creciente, para favorecer la universalización de espacios libres de humo.

Referencias

1. Alba LH. Factores de riesgo para iniciar el consumo de tabaco. *Rev Colomb Cancerol.* 2007; 11(4):250-257.
2. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas ENFREC II. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999.
3. Pardo C, Piñeros M. Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, 2007. *Biomédica* 2010;30:509-18.
4. Samet J. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Rev Salud Publica de México* 2002; 44 (suppl) 144-159.
5. Becerra N, Cañón M. Informe de seguimiento y comparativo 2007-2008 Consultorios Médicos Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2009.

6. Grupo de Investigación en Psicología y Salud, Vicerrectoría del Medio Universitario, Programa Universidad Saludable Caracterización del consumo de cigarrillo en la Pontificia Universidad Javeriana 2008-2009.
7. Alba LH. Hábitos en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. *Univ med* 2009; 50(2):143-155 .
8. Lange I, Vio F. Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. 2006.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. OMS. 2008. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf.
10. McNeill A. Preventing the Onset of Tobacco Use. The Tobacco Epidemics. (Bollinger CT, Fagerstrom. Editors). Basel: Karger;1997.
11. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco control. World Bank.1999. Disponible: <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>.
12. Murphy R, Griffith R, Pederson L, Crossett L, Shanthalaxmi R, Hiller M. A Review of Interventions to reduce tobacco use in Colleges and Universities. *Am J Prev Med* 2005;28(2):188-200.
13. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008.
14. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía Nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. Argentina. 2005. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/TRATO_ADICCION_TABACO.pdf.
15. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Bruj J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *Eur J Cancer Preven.*2008; 17(6):535-44.
16. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ.* 2008;179(2):135-44.
17. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
18. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-911.
19. Granados MC, Alba LH, Becerra NA. La Pontificia Universidad Javeriana como un escenario para la promoción de la salud. *Universitas Médica* 2009;50(2):184-193.
20. Prochaska J and DiClemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Res Prac* 1982;19:276-88.