



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MOTIVOS DE DESERCIÓN DE
FUMADORES DE UN PROGRAMA PARA
ABANDONO DEL HÁBITO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

VÁZQUEZ VÁZQUEZ NAYELY

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

REVISOR: **DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

SINODALES:

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
LIC. COPELIA CONCEPCION ROSAS GUEVARA
LIC. REFUGIO DE MARIA GONZÁLEZ
DE LA VEGA Y AYALA



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D. F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por darme cada momento y experiencia que he vivido, los cuales me han permitido ser la mujer de ahora.

Agradezco infinitamente a mi madre por ser mi mejor ejemplo a seguir, por su amor, fortaleza y calidad humana, porque gracias a su esfuerzo hemos salido adelante, demostrándonos que no importan los obstáculos cuando se persigue un sueño.

A mi padre por su apoyo y por motivarme a continuar trabajando en lo que deseo.

A mis hermanos Norma, Gustavo y Marisol por siempre estar conmigo, por sus palabras, que me han dejarme ver que la unidad que existe entre nosotros es aquello que nos permitirá vencer los obstáculos que se nos presenten.

A mi tía Rocío por procurarme y apoyarme en mis decisiones.

A mi cuñada Mayra por su apoyo, a mis sobrinos Frida y Diego por regalarme su alegría, cuyas sonrisas iluminan mis días.

Gracias a Juan por su cariño y por ser mi gran compañero en esta aventura, por estar a mi lado incondicionalmente e impulsarme a continuar luchando por lo que quiero, por ayudarme a encontrar nuevos sentimientos y aprender a disfrutar de las oportunidades que me da la vida.

A Don Toño por sus palabras llenas de sabiduría y amor, por estar conmigo y con mi familia pese al tiempo y la distancia, por toda su ayuda y apoyo aún en los momentos más difíciles.

A la Dra. Angélica Riveros Rosas por su gran calidad humana, dedicación y profesionalismo, por compartirme sus experiencias y aportaciones en este trabajo desde el primer momento en que aceptó dirigirlo.

Al Dr. Samuel Jurado, a la Dra. Lydía Barragán, a la Lic. Copelia Rosas y a la Lic. Mary González por sus oportunas correcciones y aportaciones a este trabajo el cual refleja su gran experiencia.

A la Mtra. Ma. Angélica Ocampo por darme la oportunidad de ser parte del equipo de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México, y por ser un ejemplo de dedicación a la Psicología.

Al Mtro. Eduardo Cuevas y a Tania por motivarme y brindarme su apoyo e invaluable experiencia en la realización de esta Tesis.

A Juan y Viry mis dos grandes compañeros y amigos de la Clínica Contra el Tabaquismo, por su experiencia, los momentos tan gratos que me brindaron y sus aportaciones tan valiosas hacia este trabajo.

A mis compañeros del COE Martha, Dani, Edli, Kary, Mariana y Blanca a quienes agradezco profundamente su apoyo recordándome que aún cuando lo días no sean los mejores siempre habrá momentos para sonreír.

A mis grandes amigos Brenda, Magaly, Iván, Mauricio y Andrés por dejarme entrar en sus vidas, por escucharme o dejarse escuchar, gracias por dedicarme parte de su tiempo.

A todos los pacientes por regalarme unos minutos de su valioso tiempo, así como por brindarme sus comentarios y opiniones.

Finalmente a todas aquellas personas que aún cuando sus nombres no estén aquí, saben que ocupan un lugar importante en mi vida.

“Pies para qué los quiero, si tengo alas para volar” F. K.



INDICE

I. RESUMEN	1
-ABSTRAC	2
II. INTRODUCCIÓN	3
III. TABAQUISMO	
3.1 Definición	6
3.2Epidemiología	
• En el mundo	8
• En México	9
3.3Componentes de tabaco	11
3.4Adición física	12
3.5Adicción psicológica	13
3.6Repercusiones en la salud del fumador	15
3.7Tabaquismo pasivo	16
3.8Beneficios de dejar de fumar	18
3.9Tratamientos para dejar de fumar	19
IV. DESERCIÓN	
4.1Definición de deserción	22
4.2Tipos de desertores	23
4.3Deserción de la Psicoterapia	23
4.4 Deserción de la Psicoterapia enfocada a adicciones	24
4.5 Deserción en la psicoterapia para dejar de fumar	25
4.6 Causas de la deserción de la psicoterapia para dejar de fumar. Estudios retrospectivos.	26

• Factores asociados al paciente	27
• Factores asociados al terapeuta	33
• Factores asociados a la terapia	35
• Factores ambientales	36
4.7 Consecuencias de la deserción de la psicoterapia para dejar de fumar	
• Consecuencias para el Paciente	36
• Consecuencias para el Terapeuta	37
• Consecuencias para la Familia	38
• Consecuencias para el Sector de Salud Mental	39
• Consecuencias en otras áreas	40
V. PROPÓSITO DEL PRESENTE ESTUDIO	41
VI. OBJETIVOS PARTICULARES	42
VII. MÉTODO	
7.1 Variables	42
7.2 Participantes	43
7.3 Instrumentos	43
7.4 Escenario	46
7.5 Procedimiento	47
VIII. RESULTADOS	48
IX. DISCUSIÓN	76
X. CONCLUSIÓN	83
XI. RECOMENDACIONES	84
XII. REFERENCIAS	85

XIII. ANEXOS

13.1 Consigna de la llamada para el seguimiento	96
13.2 Consentimiento Informado para pacientes	98
13.3 Cuestionario de motivos de deserción de la Clínica Contra el Tabaquismo	102
13.4 Test de Fargestrom	105
13.5 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	106
13.6 Inventario de Depresión de Beck (BDI)	107
13.7 Cuestionario de Impulsividad BARRATT	111

MOTIVOS DE DESERCIÓN DE FUMADORES DE UN PROGRAMA PARA ABANDONO DEL HÁBITO

I. RESUMEN

La deserción del Tratamiento para dejar de fumar produce consecuencias emocionales, sociales y de salud. En este estudio se compararon variables socio demográficas y clínicas (patrón de consumo de cigarros, nivel de dependencia, tratamientos previos, nivel de ansiedad, nivel de depresión, grado de impulsividad, número de sesiones asistidas) de pacientes desertores (n=31) y finalizadores (n=31) de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México. Se realizó un seguimiento vía telefónica o presencial a 62 pacientes, a través del cual se obtuvo información sobre los motivos de deserción, satisfacción con el servicio recibido y el efecto del tratamiento sobre su consumo de cigarros.

Se encontró un índice de deserción del 64%, donde los pacientes desertores asistieron en promedio a 3.8 sesiones mientras que los finalizadores a 7.6. Los resultados de este estudio sugieren que los pacientes abandonan su tratamiento principalmente por la incompatibilidad de horarios de la Clínica y la falta de recursos económicos. Así mismo, se encontró que otros factores como una menor edad, mayores puntajes en ansiedad, depresión e impulsividad están relacionados a la deserción del tratamiento. En general los pacientes mencionaron estar muy satisfechos y agradecidos con los servicios de la Clínica Contra el Tabaquismo.

Las sugerencias realizadas a dicha institución para prevenir la deserción hacen referencia a crear horarios de atención más amplios, cursos de inducción para los terapeutas en formación que llegan a realizar prácticas profesionales o servicio social, crear materiales visuales que puedan ser utilizados como herramientas durante las sesiones y ajustar el tratamiento a cada uno de los pacientes que atienden tomando en cuenta los resultados obtenidos en la valoración.

MOTIVES FOR DROPPING OFF TREATMENT BY SMOKERS ATTENDING A CESSATION CLINIC PROGRAM

ABSTRACT

Dropping off treatment for smoking cessation often leads to emotional, social and health consequences. The present study compared clinical and socio-demographic variables between participants who complete treatment (n=31) and those who drop off (n=31). Clinical variables include cigarette-smoking patterns, level of dependence, previous treatments, anxiety levels, depressive symptomatology, impulsiveness and number of sessions attended. Participants were registered patients of the Tobacco Clinic at Mexico City's General Hospital. Telephone or direct follow ups were conducted for all 62 patients in order to collect such additional data as motives for dropping off treatment, satisfaction with the services rendered at the clinic and their perceived effects of treatment on their smoking patterns.

Drop off rate reached 64% with abandoning participants attending an average of 3.8 from a total of 8 treatment sessions, while completers attended an average of 7.6 sessions. Results suggest that abandoners' main motives for dropping off treatment include incompatibility with clinic appointment schedules and lack of funds for transportation to the clinic. Other factors such as a younger age and higher levels of anxiety and depression also predicted dropping off from treatment. In general a majority of participants reported high satisfaction with the clinic's service and being grateful for having received it.

On the basis of these findings, formal recommendations to the hospital included widening appointment schedules, providing brief motivation induction courses for practicum students and internship residents, developing audio-visual materials to support treatment sessions and tailoring treatment to participants on the basis of their initial evaluation.

II. INTRODUCCIÓN

Un rubro en el que el deterioro de la salud mental y física del mexicano es cada vez más notorio, se refleja en la incidencia de padecimientos propiciados o causados directamente por conductas adictivas (Sánchez, 1985), y el tabaco, junto con el alcohol, es la sustancia adictiva de uso más generalizado que se ha conocido a lo largo de la historia de la humanidad (Gil-Roales & Calero, 1994).

En la actualidad el consumo del tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados, no sólo por su magnitud, sino por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los enormes costes económicos y sociales que genera (Álvarez, 2003). En nuestro país las cifras indican que el 21.7% de la población mayor de 12 años es fumadora activa, lo que representa 17.3 millones de mexicanos fumadores (Encuesta Nacional de Adicciones [ENA], 2011), por lo que las enfermedades relacionadas con el consumo directo e indirecto de tabaco continúan dentro de las diez primeras causas de mortalidad (Secretaría de Salud [SSA], 2011), entre las que destacan el infarto agudo del miocardio, las enfermedades cerebro vasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón.

No obstante, las terribles consecuencias del tabaco sobre la salud son totalmente prevenibles (Shafey et al., 2009). Abandonar el consumo de tabaco se traduce en beneficios directos para la salud de los fumadores y de quienes conviven con ellos, y beneficios indirectos para la sociedad a nivel sanitario y laboral, por lo cual éstos se extienden más allá del propio fumador (Gil-Roales & Calero, 1994; Becoña, 2004).

Es por esta razón que actualmente se han tomado medidas para evitar que las personas se inicien en el consumo de tabaco o en su defecto, dejen de fumar, sin embargo algunos estudios realizados para evaluar la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar han encontrado que en promedio del 40%-50% de los pacientes que ingresan a un tratamiento para cesar su consumo lo abandona de manera prematura (Jiménez & Castillo, 2004; Leal, Ocampo & Cicero, 2010; Alonso, Secades & Duarte, 2007), lo que trae como consecuencia que bajen los parámetros

de eficacia y eficiencia, que pueden llevar a una baja credibilidad y apoyo a la clínica (Ruiz & Cuevas, 1985; Pekarik, 1985; Ogrodniczuk et al., 2005). Además en el caso de los terapeutas la deserción puede generar un costo emocional pudiendo sentirse éstos como fracasados o rechazados por dichos abandonos (Pekarik, 1985), tal creencia puede, a su vez, mermar la confianza y la eficacia de los terapeutas (Ogrodniczuk et al., 2005).

Hasta el momento no existe un solo factor relacionado a la deserción del tratamiento, sin embargo para Baekeland y Lundwall (1975) el acto de abandonar la terapia es el resultado de tres vectores: el primero, un conjunto de factores intrapsíquicos (demográficos, clínicos y de factores de personalidad), el segundo, un conjunto de variables que tienen que ver con el terapeuta (su personalidad, sus actitudes hacia los pacientes y su estilo terapéutico), y el tercero, un conjunto de variables relacionadas con factores ambientales (las actitudes de la familia hacia el tratamiento, los problemas de transporte y el costo del tratamiento) (Baekeland & Lundwall, 1975). Además en el caso del consumo de sustancias adictivas, la cesación también puede verse obstaculizada por dificultades propias del proceso de abandono, bien sean intrínsecas (como la pérdida de gratificaciones inmediatas o las ambivalencias respecto a la cesación) o extrínsecas (como un sistema de salud no diseñado para atender a personas con actividad laboral y familiar normal) (Salvador & Ayesta, 2009).

Dado que el abandonar el tratamiento para dejar de fumar y el continuar consumiendo cigarrillos tiene consecuencias para los mismos pacientes (Salvador & Ayesta, 2009; Shafey, Eriksen, Ross & Mackay, 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012), para sus familias (OMS, 2012; Shafey et al., 2009), el terapeuta (Sanchez, 2011; Guy 1995; Pekarik, 1985; Ogrodniczuk, Joyce & Piper, 2005; Farber , 1983), el Sector Salud (Ruiz & Cuevas, 1985; Pekarik, 1985; Ogrodniczuk et al., 2005; OMS, 2011; Shafey et al., 2009), entre otras áreas, es muy importante la detección de pacientes que se encuentran en una situación de alto riesgo de abandono del tratamiento, ya que esto puede ayudar a los terapeutas a tomar medidas para modificar ese riesgo latente (Sánchez, et al., 2010).

En resumen los costos por el abandono del tratamiento para dejar de fumar tienen repercusiones económicas, de salud, emocionales y sociales, es por ello que el presente estudio tiene como objetivo identificar los motivos de deserción de los pacientes que asisten a la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México para dejar de fumar y, con base en los cuales poderla prevenir.

III. TABAQUISMO

3.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del SNC del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

De acuerdo a la definición de la OMS, el tabaquismo además de un hábito, es una forma de drogodependencia. La nicotina, principio activo del tabaco, es una sustancia adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia farmacológica y psicológica, así como síndrome de abstinencia. De esta forma, el tabaco se constituye como una droga legal, socialmente aceptada (Barrantes, Cortés, Ruiz & Ferrer, 2005). La cual se encuentra clasificada dentro del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR). De acuerdo a éste la dependencia a la nicotina (F 17.2) se diagnostica por la presencia de tres o más de los siguientes siete criterios propuestos, durante un período continuo de doce meses, produciendo un deterioro o malestar clínicamente significativo:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la nicotina para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de nicotina disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la nicotina.
 - b) Se toma la misma nicotina (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La nicotina es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la nicotina.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la nicotina (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la nicotina (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la nicotina.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la nicotina.
7. Se continúa tomando la nicotina a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la nicotina (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

A su vez se especifican los criterios para el diagnóstico de la abstinencia de nicotina (F 17.3).

- a) Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
- b) Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:
 1. Estado de ánimo disfórico o depresivo.
 2. Insomnio
 3. Irritabilidad, frustración o ira.
 4. Ansiedad
 5. Dificultades de concentración.
 6. Inquietud.
 7. Disminución de la frecuencia cardíaca.
 8. Aumento del apetito o del peso.
- c) Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- d) Los síntomas no se deben a enfermedad.

Desafortunadamente, al igual que otros países del mundo, la epidemia de tabaquismo en México continúa siendo un grave problema de salud pública, por lo que en nuestro país se han impulsado una serie de estudios epidemiológicos que

permiten caracterizar y entender el comportamiento de la epidemia. En un esfuerzo conjunto, la Secretaría de Salud (SSA) y las instituciones académicas han seguido el comportamiento de la epidemia del tabaquismo desde hace más de 20 años, a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la cual permite tener información nacional, estatal y por zona geográfica. De igual manera, y con apoyo técnico internacional, se ha realizado la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) (Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos [GATS], 2009) que permiten apreciar un panorama epidemiológico más preciso.

3.2 Epidemiología

En el mundo

Actualmente las adicciones son un problema de vital importancia, ya que según la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, pocas enfermedades perturban la vida de las comunidades y alteran tanto la dinámica de los núcleos familiares como las adicciones (ENA, 2008), por lo que cada vez son más frecuentes los problemas de salud relacionados con éstas que, en ocasiones, pueden pasar prácticamente desapercibidas en la vida diaria. Este es el caso de problemas tales como el alcoholismo, el tabaquismo y la obesidad (Sánchez, 1985).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones se puedan clasificar a las adicciones en tabaco, alcohol y otras drogas. Por lo que respecta al consumo de tabaco éste es un problema de salud pública mundial, según la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la primera causa mundial de muerte prevenible, de mantenerse la tendencia actual, se espera que en 2030 el tabaco mate a más de 8 millones de personas al año, y el 80% de esas muertes prematuras se registrarán en los países de ingresos bajos y medios. De no adoptar medidas urgentes, el tabaco podría matar a lo largo del siglo XXI a más de mil millones de personas (OMS, 2011).

Actualmente casi mil millones de hombres fuman en el mundo, cerca del 35 por ciento de los hombres en países de altos recursos, y el 50 por ciento de los hombres fumadores en países en vías de desarrollo. En el caso de las mujeres se encontró

que aproximadamente 250 millones de mujeres alrededor del mundo fuman a diario; el 22 por ciento de estas mujeres viven en países de altos recursos y el 9 por ciento de ellas habitan en países de recursos medios y bajos. Luego entonces, es importante destacar que los varones que viven en países con peores condiciones económicas, tienen mayor probabilidad de adquirir un hábito adictivo y costoso.

Las diferencias en los índices de tabaquismo entre jóvenes varones y mujeres no son tan grandes, los varones jóvenes tienen una mayor probabilidad de fumar que las mujeres jóvenes, pero en casi un 60 por ciento de los países cubiertos por la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en Jóvenes (Global Youth Tobacco Survey, GYTS), no mostró diferencia significativa en los índices de tabaquismo entre chicos y chicas.

Se ha podido ver que el índice de tabaquismo en los hombres ha llegado a su pico, y las tendencias en países de bajos y medios recursos indican una disminución lenta, sin embargo aun cuando se esté disminuyendo, el tabaco está matando cerca de 5 millones de hombres por año.

Respecto a los servicios proporcionados para dejar de fumar, se ha visto que tres de cada cuatro fumadores, conscientes de los peligros del tabaco, quieren dejar de fumar, pero sólo el 5% de la población mundial dispone de servicios completos para el tratamiento de la dependencia del tabaco. En general, se ha observado que los hombres con mayor educación están abandonando la adicción al tabaco, dejando el hábito de fumar a los hombres más pobres y con menos educación (Shafey et al., 2009; OMS, 2012).

En México

En cuanto a nuestro país, datos recientes indican que al año mueren cerca de 60,000 personas debido a que fuman o están expuestas involuntariamente al humo del cigarro. Estas muertes prematuras tienen un costo social y económico extraordinariamente alto para la sociedad, y son además absolutamente evitables

(Medina-Mora, 2010). Según la ENA 2011, el Distrito Federal presenta la prevalencia más alta en consumo de tabaco (30.8%), mientras que la prevalencia más baja se observa en la región Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco) a nivel nacional (13.7%).

Las cifras indican que el 21.7% de la población mayor de 12 años en México es fumadora activa, lo que representa 17.3 millones de mexicanos fumadores. Los hombres 31.4% fuman más que las mujeres (12.6%). Esto quiere decir que aproximadamente 12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres son fumadores actuales.

El porcentaje de hombres y mujeres que fuman diariamente (11.8 y 3.7%, respectivamente) es similar al de los fumadores ocasionales (13.0 y 4.1%, respectivamente), es decir, 5.2 millones de mexicanos son fumadores diarios, 3.9 millones de hombres y 1.3 millones de mujeres (GATS, 2009).

En el ámbito nacional, los fumadores diarios entre 12 y 65 años, en promedio, inician el consumo diario de tabaco a los 20.4 años; los hombres a los 20 años y las mujeres a los 21.7 años (ENA, 2011).

Por otra parte no hay que olvidar que en el caso del tabaco la exposición al humo que éste desprende representa daños a la salud de los que rodean al fumador, de acuerdo a la ENA 2011 el 30.2% de los no fumadores están expuestos (12.5 millones), el 18% de ellos en el hogar y 10.2% en sus lugares de trabajo.

En lo referente a la cesación del consumo de tabaco, el 58.4% de los fumadores ha intentado dejar de fumar, siendo la principal razón la preocupación por los daños a la salud (34.3%) (ENA, 2011). En la actualidad hubo un incremento de personas que dejaron de fumar, por lo que casi una tercera parte (32%) de las personas que refirieron haber fumado diariamente en algún momento de sus vidas, fueron ex fumadores en 2009. La tasa de cesación incrementó con la edad (11.4% para 15-24 años, y 66.3% para los mayores de 65 años) y fue mucho más alta para los que vivían en las zonas rurales (39.8%).

Respecto a los tratamiento para dejar de fumar se ha identificado que entre los fumadores que intentaron cesar su consumo en los últimos 12 meses, el 6.2% utilizó tratamiento farmacológico, 2.9% lo hizo por asesoramiento o consejo médico breve y 90.3% lo hizo sólo con fuerza de voluntad. La fuerza de voluntad fue mayor entre los hombres (93.1%) que entre las mujeres (84.0%). No se observaron diferencias entre el uso de la terapia farmacológica o el asesoramiento al estratificar por sexo, grupos de edad, área geográfica o nivel educativo (GATS, 2009).

Por esta razón para poder brindar un óptimo tratamiento para cesar el consumo de tabaco, es importante conocer las sustancias que contienen los cigarrillos, ya que esto puede ayudarnos para entender el consumo de los pacientes, también permite diseñar tratamientos más eficaces para cada uno de ellos.

3.3 Componentes del cigarrillo

Cuando la persona fumadora inhala el humo la parte incandescente del cigarrillo alcanza temperaturas cercanas a los 1000°C, disminuyendo progresivamente hasta la boquilla del filtro. Esta temperatura transforma numerosos componentes originales del tabaco y genera complejas reacciones químicas que dificultan la identificación de todas las sustancias que se generan en el proceso de fumar. Se reconocen cerca de 7000 elementos químicos en las distintas fases (gaseosa, sólida o de partícula) del humo del tabaco y la concentración de los componentes puede variar dependiendo del tipo de corriente, directa o indirecta.

De estas sustancias encontradas más de 400 son tóxicas y 60 de ellas son responsables de producir cáncer y otras enfermedades como el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), sin embargo, sólo hay cuatro sustancias presentes en el tabaco con capacidad para generar adicción, siendo la más importante la nicotina.

En general las principales sustancias presentes en el tabaco, que provocan un daño irreversible en la salud del que lo consume, se dividen en tres subtipos:

- a) Carcinógenos
- b) Irritantes y tóxicos
- c) Adictivos (Bello, Michallan, Soto, Contreras & Salinas, 2005; Ocampo, Magallan, Villa & Cuevas, 2007; Álvarez, Benito, Del Castillo, López & Viadero, 2007; American Cancer Society, 2012).

Debido a las sustancias que contienen los cigarrros se puede ver que el continuar consumiéndolos se debe a dos factores básicos: a los efectos psicofarmacológicos de la nicotina y a los factores de reforzamiento. Dentro de los factores psicofarmacológicos se ha apuntado que las propiedades farmacológicas de la nicotina pueden llevar a seguir fumando y hoy se reconoce que el efecto adictivo de esta sustancia es muy importante (Becoña, Palomares & García, 2000).

3.4 Adición física

Inmediatamente después de haber sido expuesta a la nicotina, la persona recibe un estímulo causado en parte por la acción de la droga sobre las glándulas suprarrenales que resulta en una descarga de adrenalina (NIDA, 2010), tiene un poderoso efecto psicofarmacológico sobre el sistema nervioso central. Se absorbe rápidamente y llega en siete segundos al cerebro. Al atravesar la barrera hematoencefálica (Becoña et al., 2000), activa las vías dopaminérgicas mesolímbicas a través del estímulo de los receptores colinérgicos nicotínicos y puede llegar a el núcleo accumbens, en donde se produce la dopamina, neurotransmisor que se encarga de las recompensas y de hacernos sentir placer con las cosas que cotidianamente llevamos a cabo, al llegar a este núcleo la nicotina, lo estimula y genera que la conducta de fumar se haga placentera, con lo que se establece que el fumar se vuelva a llevar a cabo, lo que genera adicción al tabaco.

Por otro lado, la nicotina puede llegar al locus coeruleus, y al tener una estructura química muy similar a la de la noradrenalina y la acetilcolina que son las sustancias que se producen de forma natural en esta área del cerebro, y que controlan el movimiento y otras funciones como la atención, la vigilancia y el estrés da una

sensación de mejora superficial, haciendo que el fumador sienta que está más atento, o más tolerante al estrés, es aquí también donde se originan los síntomas del síndrome de abstinencia que experimenta la persona al dejar de fumar (Ocampo et al., 2007). El “*rush*”, es decir, la sensación inicial intensa debido a la adrenalina, estimula al cuerpo y causa un aumento en la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardiaca (NIDA, 2010).

Es por lo anterior que se dice que la nicotina tiene un efecto bifásico, ya que a pequeñas dosis actúa como un estimulante del sistema nervioso central, pero a dosis elevadas lo bloquea, y son los fumadores quienes ajustan su consumo de tabaco para procurar regular o mantener un nivel particular de nicotina en la sangre. La vida media de la nicotina es de dos horas, pero puede llegar a las 6 u 8 horas por la tasa de acumulación.

La ingestión continua de la nicotina, como cualquier otra droga produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia físicos y psicológicos al dejar de fumar. Hoy se considera que sus cualidades relajantes, debidas a la eliminación de los síntomas de la abstinencia, tienen gran importancia en el mantenimiento del consumo (Becoña et al., 2000). Así mismo se ha detectado un aumento de los receptores nicotínicos en personas fumadoras, éste comienza muy rápidamente, a veces, con la segunda dosis de nicotina, lo que explica, en parte, la rapidez con que se inicia el proceso de dependencia tabáquica (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2009).

3.5 Adicción psicológica

Una vez que la persona fuma, interrelacionados con los factores psicofarmacológicos están los factores de condicionamiento, que pueden agruparse en cuatro:

- a) El primero es el producido por los efectos interoceptivos, discriminativos y subjetivos de la nicotina. Se ha encontrado que las sensaciones asociadas con fumar, en la tráquea especialmente, tiene una gran relevancia dado que son una fuente de satisfacción interoceptiva para los fumadores.

- b) El segundo es el papel de la nicotina como reforzador positivo, ya que la nicotina en pequeñas dosis, tiene un efecto placentero en el individuo por la liberación de mayor cantidad de noradrenalina, con lo que se produce un incremento de los impulsos y de elevación del estado de ánimo. Esta satisfacción inmediata lleva a que se incremente la probabilidad de repetición de la conducta
- c) El tercer papel de la nicotina es como reforzador negativo, por ejemplo cuando el fumador tiene los síntomas de la abstinencia de la nicotina, puede superarlos fumando; esto es, ingiriendo la sustancia consigue anular los efectos desagradables que padece, lo que aumenta la probabilidad de que se repita la conducta.
- d) El cuarto es que la nicotina puede funcionar como estímulo incondicionado, esto es como un estímulo que produce una respuesta incondicionada. Con ello su poder de generalización se incrementa, por lo que puede producir no solamente respuestas incondicionadas, sino condicionadas a través del condicionamiento clásico (Becoña et al., 2000), por ejemplo la asociación inicial de un estímulo neutro (cigarro) con el estímulo incondicionado (nicotina), da lugar a una respuesta incondicionada (placer) pero también aparecerá una respuesta condicionada asociada al estímulo condicionado. Así que después de que el estímulo neutro es seguido repetidamente por el estímulo incondicionado, la asociación entre ambos se aprende, por lo que en un momento la mera presencia del estímulo neutro o incondicionado puede producir la respuesta condicionada. En este ejemplo cada vez que la persona ve o toma un cigarro tendrá una sensación placentera.

Dado que la adicción al tabaco tiene importantes componentes psicológicos se requiere poner atención respecto a los elementos comportamentales involucrados en su consumo en la población. Desde un modelo conductual, el inicio de fumar, representa en sí, una experiencia de constante recompensa. Inicia con actividades y emociones específicas, que llegan a generalizarse en diversas situaciones y contextos, creando así una compleja cadena de comportamientos (Ocampo, 2002). Para algunas personas, el hecho de sentir, oler o mirar un cigarrillo, así como el rito

de obtener, manipular, encender y fumar el cigarrillo, están asociados con los efectos placenteros de fumar (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010).

Además, el fumar proporciona diversos reforzadores sociales que incitan al individuo a tener los primeros contactos. Por ello, el fumar constituye una experiencia “enriquecedora” para la percepción del sujeto que está desarrollándose, además de las relaciones cotidianas, asociadas al uso del tabaco, que le proveen, en gran medida, de un ambiente de aceptación donde se ve valorado, integrado y puede sentirse seguro, quizá fuera de amenazas potenciales de fracaso o de rechazo, confiando en sus propias capacidades (Ocampo, 2002).

El reforzamiento social (típicamente representado en forma de presión social de los compañeros) es el principal responsable de la adquisición del hábito de fumar. Inicialmente representa en sí mismo una experiencia aversiva que, con la práctica, y como consecuencia de la puesta en marcha del mecanismo de habituación, llegará a convertirse en una experiencia reforzante, de forma que acabará por ser mantenida por sus propias consecuencias y llegará a generalizarse a multitud de situaciones y contextos (Gil-Roales & Calero, 1994).

3.6 Repercusiones en la salud del fumador

Todas las formas de tabaco son adictivas y letales. Evidencia científica concluyente confirma que los fumadores enfrentan riesgos significativamente elevados de muerte por numerosos cánceres (especialmente cáncer de pulmón), enfermedades cardíacas y respiratorias, accidentes cerebrovasculares y muchas otras afecciones fatales (Shafey et al., 2009). De manera general las muertes atribuibles al consumo de tabaco pueden esquemáticamente dividirse en: un 40% producidas por las enfermedades cardiovasculares; un 30% por cánceres (sobre todo de pulmón); un 20% por las enfermedades pulmonares (principalmente EPOC) y el 10% restante por otras causas, accidentes o enfermedades (Álvarez et al., 2007). En nuestro país las enfermedades relacionadas con el consumo directo e indirecto de tabaco, como el infarto agudo del miocardio, las enfermedades cerebro vasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón continúan dentro de las diez primeras causas de mortalidad (SSA, 2011)

Sin embargo los efectos del consumo de tabaco no sólo se manifiestan a largo plazo, sino desde prácticamente el inicio del mismo. Así, desde los primeros contactos con el cigarrillo aparecen síntomas como mareos, náuseas, tos, disminución del gusto y el olfato.

Además de las enfermedades citadas anteriormente el consumo de tabaco también puede ocasionar, infecciones respiratorias (faringitis, laringitis, otitis, bronquitis, enfisema pulmonar, asma), enfermedades de la boca y las encías (gingivitis, tinción de dientes, cáncer oral), úlcera de estómago o duodenal, cataratas, psoriasis (afección cutánea que provoca irritación y enrojecimiento de la piel), impotencia sexual, diabetes mal controlada por interferir en el efecto de la insulina, mayor lentitud en la cicatrización de heridas, recuperación postoperatoria más lenta, envejecimiento cutáneo prematuro. En el caso de las mujeres, éstas tienen riesgos adicionales para la salud específicos de su sexo, ya que el consumo de tabaco puede influir en su equilibrio hormonal, contribuyendo a un mayor riesgo de padecer menopausia precoz, disminución de la fertilidad y osteoporosis. Por su parte en el feto (como fumador pasivo), puede producir desde bajo peso al nacer, mayor tasa de abortos, nacimientos prematuros, muerte perinatal, complicaciones placentarias y mayor índice de enfermedades infantiles (Barrantes et al., 2005; Becoña, 2004).

3.7 Tabaquismo pasivo

Se denomina tabaquismo pasivo a la inhalación involuntaria del humo de tabaco que, en los espacios cerrados, proviene de la contaminación ambiental producida por los individuos que son fumadores activos. El 20% del humo procedente del cigarrillo se inhala a través de la llamada corriente primaria. El resto, un 80%, pasa a la atmósfera, a la corriente secundaria (Lorenzo et al., 2009).

De acuerdo a la OMS (2011) el humo de tabaco causa más de 600 000 muertes prematuras cada año y en 2004 los niños representaron el 28% de las muertes atribuibles al humo ajeno.

El Humo de Tabaco Ambiental es uno de los contaminantes de los ambientes interiores más extendido y dañino para la salud de los no fumadores, tanto en los hogares como en los lugares de trabajo. La mayoría de los no fumadores sienten molestias cuando están expuestos a éste, experimentando principalmente irritación de ojos, dolor de cabeza, mareos, cansancio, dolor faríngeo, náuseas, tos o dificultad respiratoria (Bello et al., 2005).

Sin embargo la inhalación pasiva del humo de tabaco no sólo molesta, sino que también daña, y no sólo agrava enfermedades, sino que puede producirlas (Lorenzo et al., 2009). Entre los efectos nocivos más conocidos y estudiados atribuidos a la inhalación involuntaria del humo de tabaco se encuentran las siguientes: Trastornos oculares y otorrinolaringológicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma bronquial, cáncer de pulmón, alteraciones en la gestación y el parto, síndrome de la muerte súbita del lactante, afecciones pediátricas, cardiopatía isquémica. En los adultos, el humo ajeno causa graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, en particular coronariopatías y cáncer de pulmón. Entre los lactantes causa muerte súbita, y en las mujeres embarazadas, niños con bajo peso de nacimiento (OMS, 2011).

Los fumadores pasivos, además inhalan el humo de tabaco directamente del medio y sin filtro de ningún tipo, de manera que su afectación por humo inhalado es mayor que la de los fumadores que utilizan cigarros con filtro. Los hijos de padres fumadores, por citar sólo un ejemplo, presentan un mayor riesgo de contraer afecciones respiratorias y cáncer, algo que también se ha comprobado para el miembro no fumador de parejas cuyo otro miembro es fumador o fumadora (Gil-Roales. & Calero, 1994).

No obstante de las consecuencias negativas que trae el fumar en la calidad de vida de la persona fumadora y de quienes lo rodean, diversas investigaciones han encontrado que dejar de fumar se traduce en beneficios directos para la salud de los fumadores y de quienes conviven con ellos, y ganancias indirectas para la sociedad

a nivel sanitario y laboral, por lo cual los beneficios se extienden más allá del propio fumador (Gil-Roales & Calero, 1994; Becoña, 2004).

3.8 Beneficios de dejar de fumar

Dejar de fumar tiene claros beneficios para la salud, tanto física como mental, es así que los exfumadores tienen un riesgo de mortalidad más bajo que aquellos que continúan fumando, el cual va declinando progresivamente en función del incremento del tiempo desde que se haya dejado de fumar (Gil-Roales & Calero, 1994; Becoña, 2004).

Es importante destacar que los efectos benéficos por el abandono del cigarro son independientes a la duración del hábito, edad del fumador o presencia de enfermedades relacionadas con el tabaco (Chávez, Ilarraza, & Martínez, 2010). Por lo cual dejar de fumar comporta beneficios incluso para fumadores con enfermedad declarada; se han comprobado mejorías sustanciales tras eliminar el hábito en fumadores con trastorno coronario declarado, úlceras gástricas o duodenales, cáncer y episodios de infarto (Gil-Roales & Calero, 1994).

Dejar de fumar puede tener beneficios inmediatos a la salud, los primeros efectos se advierten en el sistema respiratorio, aliviando los síntomas asociados, como tos, disnea y la expectoración (Chávez, Ilarraza, Martínez, 2010), además a las 24 horas de haber dejado de fumar, la presión arterial y la probabilidad de un ataque al corazón disminuyen. Los beneficios a largo plazo de dejar de fumar incluyen menor riesgo de un ataque al cerebro, cáncer pulmonar, así como de otros tipos de cáncer y enfermedades coronarias (NIDA, 2010).

Además de los beneficios a la salud, según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2012) el dejar de fumar se traduce también en beneficios económicos ya que se ahorrará el dinero que antes se invertía en la compra de cigarrillos.

Por lo tanto debido a las grandes consecuencias que trae el consumo de tabaco y a los beneficios que se han encontrado tras dejar de fumar, actualmente se están

llevando a cabo diversas investigaciones para comparar la eficacia de los tratamientos para cesar el consumo de tabaco.

3.9 Tratamientos para dejar de fumar

En la actualidad existe un acuerdo sobre las intervenciones de cesación del tabaquismo, ya que se sugiere que éstas deben tener dos componentes: tratamiento psico-social (que mayoritariamente tienen un enfoque cognitivo-conductual) y tratamiento farmacológico. Ambos deberían incluirse en el apoyo a cualquier persona que solicite ayuda para dejar de fumar. Para Lorenzo (2009), existen cuatro tipos de modalidades de tratamiento para cesar el consumo de tabaco:

- 1) **Terapia de sustitución:** Consiste en la administración de nicotina a la persona que desea abandonar el hábito de fumar, por una vía distinta a la de fumar cigarrillos, y en una cantidad suficiente para evitar el cuadro desagradable del síndrome de abstinencia, pero no suficiente para generar dependencia. Existen varios procedimientos de terapia sustitutiva de nicotina: chicles, parches dérmicos, spray nasal e inhalador bucal.

Se ha demostrado que los tratamientos conductuales son un complemento esencial de las terapias de reemplazo de la nicotina mejorando su eficacia y los resultados a largo plazo

- 2) **Terapia de bloqueo:** Consiste en el bloqueo de los receptores nicotínicos del sistema mesolímbico con fármacos gangliopléjicos que atraviesan la barrera hematoencefálica (mecamilamina).
- 3) **Otras terapias farmacológicas:** Utilizando fármacos como la Clonidina (antihipertensivo que disminuye la actividad simpática por lo que es útil para tratar el síndrome de abstinencia), Naloxona y Naltrexona (fármacos de acción prolongada que bloquean algunos de los efectos gratificantes del tabaquismo), Bupropion (antidepresivo que genera acción inhibitoria de la recepción dopaminérgica y noradrenergica, así como un antagonista no

competitivo de los receptores nicotínicos), Vareniclina (como agonista parcial, estimula el receptor reduciendo el craving y el síndrome de abstinencia de la misma forma que lo haría la nicotina, siendo su acción como antagonista la de bloquear el receptor disminuyendo la recompensa asociada al consumo), Rimonabant (fármaco antagonista del receptor cannabinoide CB1, bloquea la capacidad para inducir liberación de dopamina en el núcleo accumbens) o a través de vacunas (impiden que la nicotina llegue al cerebro, evitando que el cigarrillo produzca el sentimiento de placer en el fumador).

- 4) Terapia de soporte: Con técnicas de soporte conductuales dentro de programas de apoyo psicosocial, bien como único procedimiento o asociadas a los tratamientos farmacológicos y aplicadas por profesionales competentes, se logran resultados satisfactorios. Estas intervenciones enseñan a las personas a reconocer situaciones de alto riesgo que incitan a fumar, a desarrollar estrategias alternativas para no volver a fumar, a manejar el estrés, a mejorar su habilidad para resolver problemas así como para incrementar el apoyo social. Las investigaciones han demostrado que mientras más se ajusta la terapia al caso de cada persona, mayor es la probabilidad de lograr el éxito (Bello, Flores, & Bello, 2008; Lorenzo et al., 2009; Salvador & Ayesta, 2009; NIDA, 2010; Pinet, Viñas & Ribalto, 2010). Sin embargo, a pesar de su efectividad, el abandono de éstas intervenciones se encuentra entre un 40 a 50% de quienes lo inician.

No obstante se ha encontrado que en ocasiones los pacientes no se adhieren a su tratamiento psicológico, por ejemplo, tras interesarse en una terapia para dejar de fumar, muchas personas posponen la decisión cuando se les llama para comenzar; o empiezan y la abandonan tras las primeras sesiones. Puede también pasar que no llevan a cabo las tareas acordadas en la sesión (no elaboran los auto-registros o no ensayan las técnicas de relajación que se les enseñan, o si se les recomiendan unas pautas de control de la ingesta de alimentos o de ejercicio físico, muchos no siguen las indicaciones por ser un sobreesfuerzo que no están dispuestos soportar, etc). Lo cual es muy importante de llevar a cabo ya que los métodos conductuales generalmente se utilizan para: a) descubrir situaciones de alto riesgo de recaída; b)

crear aversión al hábito de fumar y c) desarrollar conductas de autocontrol y de apoyo mutuo, por lo que si los pacientes no realizan sus actividades no se tendrán herramientas para avanzar en las sesiones (Salvador & Ayesta, 2009).

De esta manera el papel de la adherencia desde el punto de vista psicoterapéutico directivo es muy destacado, ya que muchos procedimientos psicológicos conductuales incluyen pedirle al paciente que cumpla y ejecute tareas e instrucciones específicas para que la terapia conductual sea exitosa se necesita asegurar la cooperación y participación del paciente en el proceso de cambio conductual (Domínguez, 1985).

IV. DESERCIÓN

4.1 Definición de deserción

La deserción en el campo de la psicoterapia es un fenómeno complejo y multicausal (Sánchez, 2011) y, a lo largo de la historia, se le ha denominado de diferentes maneras. Por ejemplo para Domínguez, es la falta de adherencia, con la cual se refiere a la terminación (abandono-separación o distanciamiento) prematura por parte del paciente de la terapia (Domínguez, 1985). De manera más específica, el nivel de cumplimiento o adherencia terapéutica se ve influido en diversos grados, que en términos de resultados se manifiestan a través de dos tipos de conducta: la de una adherencia realizada y la de una adherencia no realizada; esta última puede ser de tres tipos: la primera, que corresponde a una deserción desde el inicio del tratamiento; la segunda, que deriva de un tratamiento que se aplica en forma incorrecta y la tercera, que se da en los casos en que el tratamiento es interrumpido (Ruiz & Cuevas, 1985).

Otros autores también la llaman Terminación prematura (Derisley & Reynolds, 2000; Ogrodniczuk, et al., 2005; Piselli, Halgin & Macewa, 2011), finalización del tratamiento de manera unilateral (Garfield, 1994; Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-Mckean & Schindler, 2010) o abandono del tratamiento (Baekeland & Lundwall, 1975; Pekarik, 1983; Pekka, 2002; Sánchez et al., 2010;). No obstante la deserción puede ser entendida como el momento en que el paciente abandona el proceso psicoterapéutico de manera unilateral sin previo aviso (Sánchez, 2011), contrario tanto a la recomendación del terapeuta y al acuerdo establecido entre el paciente y el terapeuta (Ogrodniczuk et al., 2005).

De esta manera, para Garfield (1994) un paciente desertor es aquella persona que fue aceptada para recibir un tratamiento psicoterapéutico, ha asistido a por lo menos una sesión y ha discontinuado su tratamiento por iniciativa propia (decisión unilateral), por lo que deja de asistir a todas las sesiones futuras programadas; es decir la terminación de la psicoterapia no fue producto de un acuerdo mutuo entre paciente y terapeuta (decisión bilateral) y, de acuerdo al terapeuta el tratamiento se

encuentra en fase inicial, en proceso o incompleto. Contrario a ello un paciente finalizador es aquel que luego de haber asistido a una o más sesiones acudió de forma constante a su tratamiento y lo concluyó, debido a que acudió a la última sesión programada (Quevedo, 2008).

4.2 Tipos de desertores

La deserción se presenta normalmente, pero no siempre, a principios de la terapia antes de que el paciente ha experimentado una mejora significativa (Ogrodniczuk et al., 2005). En 1975 Baekeland y Lundwall establecen los siguientes tipos de desertores, dependiendo del número de sesiones asistidas:

- Desertores Inmediatos: Acude solo a la primera sesión.
- Desertores Rápidos: Deserta entre la segunda y la quinta sesión (dentro del primer mes).
- Desertores Tardíos: Deserta a partir de la sexta sesión (entre dos y seis meses).

Los desertores inmediatos y rápidos suelen abandonar su tratamiento principalmente por obstáculos ambientales (más de 50%), mientras que los desertores tardíos lo suelen hacer por estar insatisfechos con el trato de su terapeuta o por no sentir una mejoría de su problema (Quevedo, 2008).

4.3 Deserción de la Psicoterapia

La salud mental es un fenómeno determinado por factores tan complejos como los sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, por lo que la recuperación de un estado funcional depende, en parte, de una instrumentación eficaz de esfuerzos terapéuticos orientados a detectar y controlar trastornos considerados epidemiológica y funcionalmente como importantes (Velázquez, Sánchez, Lara & Senties, 2000). Se ha identificado que la terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento para una amplia variedad de trastornos, sin embargo, en la práctica clínica real el 65-80% de los pacientes no acepta el tratamiento o lo abandonan antes de la décima sesión (Bados, García & Fusté, 2002).

Las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y 50% del total de consultantes tratados, lo cual es considerablemente superior a la mayoría de las disciplinas en salud; en México, se ha podido establecer que los consultantes asisten en promedio a tres sesiones, lo que es claramente insuficiente para un abordaje efectivo de problemáticas psicológicas (Alcázar, 2007).

Los resultados sobre los motivos de abandono del tratamiento sugieren que numerosos factores psicológicos, entrelazados con su nexos familiar, social y cultural, juegan un papel importante en la evolución de muchos problemas médicos lo que conlleva a afectar las respuestas al tratamiento (Velázquez et al., 2000).

Las razones dadas para el abandono son incompatibles con la creencia común de que abandonos son fracasos del tratamiento. Algunos autores indican que los abandonos no son un grupo homogéneo de fracasos clínicos, sino que, un gran porcentaje de las personas que han desertado se consideran a sí mismos sin necesidad de tratamiento y han logrado reducciones significativas en sus síntomas durante el curso de su tratamiento ((Baekeland & Lundwall, 1975; Pekarik, 1983; Porcel, 2005 & Ogrodniczuk et al., 2005).

4.4 Deserción de la Psicoterapia enfocada a adicciones

Los programas libres de drogas tienen las más altas tasas de abandono (Baekeland & Lundwall, 1975). La Universidad de Nuevo México, por medio del Center on Alcoholism Substance Abuse and Addictions Adolescent Program, reporta que el 50% de los pacientes que ingresaron a un tratamiento no regresan después de un primer contacto y el 70% abandona el tratamiento prematuramente (Aubrey & Toscova, 1994).

La mayoría de los abandonos ocurren en las primeras fases del tratamiento (Secades & Magdalena, 2000). Por ejemplo, en un tratamiento para usuarios de

cocaína se identificó que los usuarios desertan con mayor frecuencia después de la sesión 4 (Escobedo, Vite & Oropeza, 2007).

En otro estudio realizado a un tratamiento para el manejo de adicciones presentó una alta tasa de abandono del 78%. El principal motivo de abandono reportado por los participantes fue la falta de tiempo (39%), seguido de la falta de recursos (25%) y el sentir mejoría (17%) (Díaz, 2011).

Además, se ha podido identificar que los pacientes que tienen más probabilidades de abandonar su tratamiento son los más jóvenes, solteros o que viven solos, tienen menor educación, están desempleados, tienen una historia de delincuencia juvenil, además de numerosas detenciones, se encuentra poco motivados (no hay intentos previos de tratamiento) y niegan sus problemas (Baekeland & Lundwall, 1975), tiene la presencia de un problema de trabajo, junto con un elevado consumo de alcohol (donde el abuso de éste estuvo relacionado con el 84,2% de los abandonos (López, Fernández & Arteaga, 2011) o presentan mayor número de adicciones (Daughters, 2005).

4.5 Deserción de la psicoterapia para dejar de fumar

Algunos estudios para evaluar la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar han encontrado que en promedio del 40%- 50% de los pacientes abandona su tratamiento de manera prematura (Jiménez & Castillo, 2004; Leal et al., 2010; Alonso, Secades & Duarte, 2007).

De acuerdo a Fiore et al. (2008) en el caso del tratamiento para dejar de fumar, es muy importante que los pacientes acudan a sus sesiones, ya que entre más sesiones asistan hay más posibilidad de éxito, debido a que el tratamiento directo en persona aplicado en cuatro o más sesiones parece ser especialmente efectivo en el incremento de las tasas de abstinencia.

No obstante, en el caso de los pacientes que no concluyen su tratamiento e independientemente de las razones por las cuales lo abandonan (factores

relacionados con el paciente, la decisión del médico, fracaso del cese o la reducción del tabaquismo, o por el surgimiento de efectos adversos debido a el medicamento o por los síntomas de abstinencia), en general se observa que, quienes lo hacen, fuman en el seguimiento (Alterman, Gariti, Cook & Cnaan, 1999; OMS 2004), sin embargo, el tratamiento tiene un impacto importante en la reducción de cigarrillos fumados por ocasión y en el consumo de otra droga (Fernández & González, 2010).

Es importante mencionar que algunas características que parecen estar involucradas con la retención de los pacientes en un tratamiento para dejar de fumar son: sexo masculino, edad mayor de 40 años, una relación de pareja actual, escolaridad de licenciatura o maestría, que el individuo tenga una ocupación y que colabore con el ingreso familiar (Leal et al., 2010); además algunos pacientes que presentan alta motivación para dejar de fumar documentan por adelantado el pago del programa lo que asegura el compromiso de asistir a las sesiones y constituye un nuevo incentivo para dejar de fumar, por lo que resulta útil considerar esta metodología de tratamiento al considerar una terapia para cesar el consumo de tabaco (Tamblay & Seijas, 2008).

Por otra parte, el uso de la Terapia de Reemplazo de Nicotina parece apoyar la mejoría de los pacientes, al igual que el uso de técnicas aprendidas en las sesiones, ya que el 75% de los pacientes que concluyeron su tratamiento las utilizaron (Fernández & González, 2010).

4.6 Causas de la deserción de la psicoterapia para dejar de fumar. Estudios retrospectivos.

De acuerdo a algunas investigaciones existen diversos factores por los cuales a una persona se le dificultaría abandonar el consumo de cigarrillos, motivo por el cual éstos podrían ser un factor para decidirse a abandonar la terapia.

Hasta el momento no hay razones totales o suficientes que expliquen el por qué una persona deja de asistir a psicoterapia (Sánchez, 2011). Sin embargo para Baekeland y Lundwall (1975) el acto de abandonar la terapia es el resultado de tres vectores: el

primero, un conjunto de factores intrapsíquicos (demográficas, clínicas y de factores de personalidad), el segundo, un conjunto de variables que tienen que ver con el del terapeuta (su personalidad, sus actitudes hacia los pacientes y su estilo terapéutico), y el tercero, un conjunto de variables relacionadas con factores ambientales (las actitudes de la familia hacia el tratamiento, los problemas de transporte y el costo del tratamiento) (Baekeland & Lundwall, 1975).

FACTORES ASOCIADOS AL PACIENTE

❖ Ansiedad.

En los estudios se han encontrado resultados contradictorios en este rubro, algunos sugieren que los pacientes que desertan entran al tratamiento con bajos niveles de ansiedad (Baekeland & Lundwall, 1975), por el contrario, otros han identificado que los pacientes que terminan su tratamiento de manera prematura son aquellos que presentan una mayor ansiedad (Ogrodniczuk et al., 2005) observándose, principalmente que los pacientes con un nivel de ansiedad moderado o grave al comienzo del proceso psicoterapéutico tienen más riesgo de abandonar el tratamiento que los sujetos que presentan ansiedad leve o ausencia de ansiedad (Krebs, González, Rivera, Herrera & Melis, 2012).

Así mismo se ha encontrado que mayores niveles de Sensibilidad a la Ansiedad se relacionaron significativamente con mayor severidad de los síntomas de abstinencia de la nicotina experimentados en los días de dejar de fumar (Marshall, Johnson, Bergman, Gibson & Zvolensky, 2009). Estos hallazgos proporcionan evidencia de que la Sensibilidad a la Ansiedad y el estado de ansiedad son importantes factores a considerar en cuanto a la experiencia de síntomas agudos durante la abstinencia de la nicotina en el tratamiento para dejar de fumar (Johnson, Stewart, Rosenfield, Steeves, & Zvolensky, 2011; NIDA, 2010).

❖ Depresión.

Otro importante factor que puede llevar a los usuarios a desertar de un tratamiento, es la depresión que pueden estar padeciendo (Rosenfeld, 1974), algunos estudios

han identificado que los pacientes que presentan menor depresión al momento de ingresar a su tratamiento son más probables de no continuar con él (Baekeland & Lundwall, 1975; Escobedo et al., 2007).

En el caso de la relación entre el consumo de tabaco y la depresión se ha visto que el índice de episodios de depresión fuerte es más alto entre las personas con dependencia a la nicotina, es menor en las personas que actualmente fuman pero no tienen dependencia, y es más bajo entre los que han dejado de fumar o jamás fumaron. Además, hay pruebas que muestran que para aquellos que han tenido más de un episodio de depresión, dejar de fumar puede aumentar el riesgo de un nuevo episodio de depresión fuerte (NIDA, 2010). Así mismo mayores síntomas de depresión se asocian con mayor severidad de los síntomas al dejar de fumar, así como más pobres los resultados de la cesación de tabaco; por lo que el aumento de las puntuaciones del BDI-II se relacionan con una menor probabilidad de abstinencia de fumar (Sonne, Nunes, Jiang, Tyson, Rotrosen & Reid, 2010).

❖ **Impulsividad.**

Los pacientes que presentan mayor impulsividad, son más propensos a abandonar el tratamiento (Woodside, Carter, Blackmore, 2004 & Lewis, 2007), ya que es posible que la impulsividad sea un factor que impida la cesación del consumo de tabaco y que esa tendencia contribuya a las recaídas (Escobar, 2012), esto, debido a que los fumadores más impulsivos tienen mayor dificultad para mantenerse abstinentes que sus compañeros menos impulsivos (Doran, Spring, McChargue, Pergadia & Richmond, 2004).

❖ **Nivel de dependencia a la nicotina.**

Los pacientes que presentaron mayor nivel de dependencia a la nicotina y puntúan más alto en el Cuestionario de tolerancia de Fargestrom, son significativamente más propensos a la deserción de tratamiento (Daughters, 2005; Fargestrom, 1978). Sin embargo la dependencia a la nicotina parece no ser un factor determinante para dejar el tabaco o seguirlo consumiendo (Leal et al., 2010).

❖ **Edad.**

La relación entre la edad y la duración del tratamiento es compleja y poco clara, ya que también depende del tipo de tratamiento (Baekeland & Lundwall, 1975; Grafieid, 1994). Sin embargo algunos estudios han podido identificar que a medida que aumenta la edad la deserción disminuye (Baekeland & Lundwall, 1975; Pekka, 2002; Becoña, 2011); observándose una tendencia a la deserción del tratamiento en los menores de 40 años (Leal et al., 2010).

❖ **Sexo.**

Diversas investigaciones han encontrado que son las mujeres quiénes tienen mayor probabilidad de abandonar la terapia (Baekeland & Lundwall, 1975; Leal et al., 2010; Becoña, 2011).

❖ **Escolaridad.**

Una mayor proporción de abandonos se relacionan con pacientes con un nivel educativo bajo (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994), mientras que los tratamientos más prolongados se asociaron con pacientes que tenían una educación más allá de la escuela secundaria (Mueller & Pekarik, 2000).

❖ **Nivel socioeconómico.**

Los pacientes que provienen de un nivel socioeconómico bajo tienden a dejar inconcluso su tratamiento (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994).

❖ **Empleo.**

Se ha descubierto que el empleo es un factor que sirve para predecir la permanencia del paciente en el tratamiento y los buenos resultados de éste (Simpson, Joe & Brown, 1997). En 2011, en una comparación entre finalizadores y desertores mostró diferencias estadísticamente significativas en función del empleo, donde el 43,3% de los pacientes desempleados se retiró del tratamiento en comparación con el 23,8% de los pacientes empleados (López et al., 2011).

❖ **Motivación.**

Los pacientes que dicen estar dispuestos a recibir tratamiento y motivados para ello suelen emprender el programa terapéutico con más éxito y permanecer en

tratamiento más tiempo (Simpson et al., 1997). Por el contrario aquellos que se encuentren pobremente motivados tienen mayor probabilidad de abandonar su tratamiento (Baekeland & Lundwall, 1975; Ogradniczuk et al., 2005).

La disposición de los pacientes de involucrarse de manera activa en el proceso de tratamiento es un factor crucial en la predicción de la asistencia (Derisley & Reynolds, 2000). La incapacidad para superar obstáculos como problemas de transporte y las horas conflictivas de trabajo podría indicar una falta de motivación para estos clientes, lo que puede llevarlos a no continuar su tratamiento (Pekarik, 1983).

Así mismo la motivación para asistir a la terapia también es importante cuando los pacientes decidieron regresar (o no) después de la entrevista de admisión, ya que se ha encontrado que los pacientes referidos por otras personas o instituciones decidieron no volver para más sesiones (Alcázar, Deffenbacher, Hernández, Sharma & Chaussée, 2010)

❖ **Etapas de cambio.**

Prochaska y Di Clemente en 1983 propusieron un modelo transteórico de cambio, el cual ha permitido entender a las conductas adictivas como un continuo en la intención de dejar una conducta adictiva, que pasa por toda una serie de fases hasta que se consigue la abstinencia (Abengózar, M, 2006). El motor de este proceso es la motivación. En el caso del abandono de tabaco las fases se mencionan a continuación:

Precontemplación: en este momento la persona no está pensando en dejar de fumar, ni piensa en la posibilidad; le gusta fumar y lo hace, es el único estadio consonante.

Contemplación: es el momento ambivalente, en el cual se encuentra pensando en dejar de fumar pero encuentra excusas para no hacerlo.

Preparación: esta persona se encuentra lista para dejar de fumar en el próximo mes.

Acción: deja de fumar; ésta es la persona que va a entrar en abstinencia.

Mantenimiento: ha dejado de fumar, continúa en este estadio y a veces no sale de él, siempre sigue con los deseos de fumar ante determinadas circunstancias. En otros casos no vuelve a sentir deseos de fumar, por lo que entra en el estadio siguiente.

Finalización: no tiene más deseos de fumar, se considera “curado”, cosa que depende de la motivación, el entorno y la persona, es un ex fumador.

Recaída: es parte del proceso de dejar de fumar, al recaer, y puede volver a cualquiera de los estadios (Dirección General Adjunta de Programas Centrales, 2010).

En un estudio un grupo de personas que abandonaron prematuramente el tratamiento eran personas que se encontraban en la fase de pre-contemplación. Mientras que aquellos que terminaron rápido pero apropiadamente el tratamiento, eran pacientes que estaban en la fase de acción o contemplación cuando entraron a terapia (Derisley & Reynolds, 2000; Hubble, Duncan & Miller, 1999; Fernández & González, 2010).

Para un enfoque de prevención del abandono prematuro, se recomienda un buen ajuste del tratamiento con el paciente, ya que la aplicación de distintas medidas en función de cada estadio de cambio específico puede facilitar el paso del estadio de cambio en que se encuentran los fumadores a uno más cercano al abandono, que le lleve a plantearse el dejar de fumar y luego lo haga efectivamente, de lo contrario es probable que esos pacientes se vayan en forma prematura si no son ayudados a continuar (Medeiros & Prochaska, 1997), es por esta razón que realizar un diagnóstico preciso y situar al fumador dentro de su propio proceso de abandono del consumo de tabaco aumenta las posibilidades de éxito (Abengózar, 2006).

❖ **Contexto.**

El contacto con otras personas con abuso de sustancias es otro factor que influye en la deserción (Pekka, 2002). Sin embargo, un adecuado apoyo social durante el proceso de recuperación puede ayudar a reducir la deserción del tratamiento (López et al., 2011).

❖ Expectativas.

La tasa de deserción entre los pacientes se atribuye en gran parte a la discrepancia entre las expectativas del tratamiento entre el terapeuta y el paciente, (Baekeland & Lundwall, 1975; Ogrodniczuk et al, 2005; Sánchez, 2011) las cuales pueden deberse a los modelos de formación del terapeuta, que resultan incompatibles con las preferencias de tratamiento de la mayoría de los clientes, quienes en ocasiones desean un tratamiento de corta duración dirigido a problemas situacionales, mientras que la mayoría de los terapeutas están entrenados para brindar un tratamiento a largo plazo diseñado para alterar la personalidad básica o patrones de comportamiento (Pekarik, 1985).

De acuerdo con Quevedo (2008), los pacientes que tienen expectativas inadecuadas del tratamiento psicoterapéutico tienen un riesgo muy alto de desertar, ya que pocas veces están dispuestos a seguir asistiendo a su tratamiento cuando sus expectativas no se cumplen (en muchos casos ello implica obtener una solución eficaz desde la primera sesión), por lo que resulta más probable que éstos no asistan a la segunda (Alcázar, 2007).

Para Pekarik (1985), los pacientes:

- (a) esperan y desean asistir pocas veces a las sesiones
- (b) quieren intervenciones para el impacto directo y rápido en sus problemas
- (c) quieren que los objetivos del tratamiento estén centrados en la resolución del malestar emocional inmediatamente en contraposición a la evolución de la personalidad básica o patrones de comportamiento
- (d) pueden estar dispuestos a conformarse con un modesto nivel de mejora y nivel moderado de ajuste. Por lo que cada uno de estos deseos está en desacuerdo con la forma en la mayoría de los profesionales de salud mental están entrenados.

❖ **Familia.**

La implicación activa de la familia en el proceso terapéutico funciona también como un factor protector frente al abandono prematuro (Secades & Magdalena, 2000; López et al., 2011).

❖ **Cambios en su motivo de consulta.**

Para Quevedo (2008) el 9% de los pacientes abandonan su tratamiento por no sentir mejoría, mientras que el 3% lo hace por sentir una mejoría de su problema.

La aversión de los servicios puede tener su origen en la falta de reducción de síntomas (Pekarik, 1983), por percibir que la mejora no se ha producido con la suficiente rapidez (Ogrodniczuk et al., 2005) o por el contrario, parece que muchos clientes que terminan antes de lo previsto lo hicieron debido a que los síntomas mejoran (Garfield, 1994; Mueller & Pekarik, 2000; Westmacott et al., 2010).

FACTORES ASOCIADOS AL TERAPEUTA

Sterba (1940), fue el primero en destacar la importancia de la identificación positiva del consultante con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas comunes establecidas. Factores como la personalidad del terapeuta, los rasgos propios de su individualidad, los intereses y actitudes que manifieste ante la presencia del consultante, son reconocidos como variables que pueden incidir en la decisión de continuar o no con la terapia, al respecto, se ha encontrado que cuando el consultante detecta a su terapeuta como poco experto, desconfiable, desagradable, poco empáticos o se sienten criticados por ellos genera una insatisfacción suficiente para tomar la decisión de abandonar la terapia (McNeill, May & Lee, 1987; Alcázar, 2007; Ogrodniczuk et al., 2005).

Según Alcázar (2007) el hecho de que el paciente deje de asistir se relaciona directamente con el hecho de que el paciente no vea en el terapeuta una serie de características positivas que le hacen sentir empatía y confianza hacia él. La hipótesis predice que los pacientes que deciden regresar percibieron cualidades más positivas de sus terapeutas (por ejemplo, atractivo, experto y digno de confianza) en

comparación con aquellos que decidieron no regresar. Del mismo modo, los pacientes que no continuaron su tratamiento dan explicaciones negativas cuando se les cuestiona sobre ello, por ejemplo, no haber sentido empatía con su terapeuta o que la terapia no les ha ayudado (Alcázar, 2010).

Otros aspectos relacionados con la deserción de los pacientes son la insatisfacción con el trato del terapeuta debido a la impuntualidad, ausencias sin previo aviso o cambios de terapeuta (Quevedo, 2008), los conocimientos que posee el terapeuta, así como las expectativas que éstos tenían sobre el tratamiento, en donde probablemente esperaban proporcionar uno más largo (Mueller & Pekarik, 2000).

Además se ha visto que cuando los pacientes toman la decisión de poner fin a la terapia, los terapeutas son sólo parcialmente conscientes ya sea del grado de éxito que los pacientes perciben en terapia o con su insatisfacción, (Westmacott et al., 2010).

De manera general los terapeutas que tienen más probabilidades de perder a sus pacientes son aquellos que tienen menos experiencia, son más etnocéntricos. No sienten agrado por sus pacientes o los encuentran aburridos. Respecto al género los terapeutas masculinos son particularmente más probables de perder pacientes, y los terapeutas femeninos, los que son altamente productivos.

Sin embargo, un sesgo no detectado es la asignación de casos, lo que podría conducir a hacer la falsa conclusión de que a ciertos tipos de terapeutas les va peor con los pacientes, cuando de hecho, se les asignan los pacientes más difíciles y con un peor pronóstico, y otros terapeutas, que en realidad son menos hábiles, su éxito puede atribuirse a que tratan con pacientes que tienen un mejor pronóstico, más que a cualquier experiencia superior de su parte (Baekeland & Lundwall, 1975).

FACTORES ASOCIADOS A LA TERAPIA

En algunas ocasiones los pacientes no concluyen su tratamiento por la insatisfacción con algunos aspectos de la terapia (Westmacott et al., 2010), a pesar de sentir alguna mejoría (Mueller & Pekarik, 2000).

Uno de los criterios que distingue a los pacientes que abandonan la terapia de aquellos que no es la menor fuerza de la Alianza Terapéutica (Botella & Corbella, 2011). Si el terapeuta y el cliente perciben la interacción en el tratamiento como exitosa, este es menos probable de ser abandonado (Pekka, 2002). Por lo tanto, el desarrollo de la alianza terapéutica temprana, activa la resolución de problemas de las barreras potenciales para asistir al tratamiento, lo cual puede aumentar la retención en el mismo (López et al., 2011).

Por otra parte la selección y la definición de la conducta meta en el tratamiento tiene resultados más positivos, mientras que la complejidad, la perturbabilidad o los posibles aspectos aversivos de un tratamiento pueden contribuir a la falta de adherencia (Domínguez, 1985). Según Alcázar (2007) el paciente abandona el proceso por falta de sintonía entre lo que busca el paciente y lo que busca el terapeuta, por lo cual las razones para no asistir a dos o más sesiones se centran con mayor frecuencia en variables de la relación paciente-terapeuta.

Otra causa común de este abandono prematuro es la manifestación temprana de efectos de atenuación del padecimiento, los cuales son interpretados por el paciente como efectos de curación definitiva, esta falta de comprensión de la evolución del padecimiento deriva de una pobre comunicación entre el proveedor y el receptor de los servicios (Puente, 1985).

De acuerdo con Pekarik (1983) una de las razones más comunes para desertar del tratamiento es pensar que “no hay más necesidad del servicio”, pero al decir esto, es posible que los clientes se muestren renuentes a expresar directamente sentimientos negativos acerca de los servicios que reciben.

FACTORES AMBIENTALES

Para Quevedo (2008) los principales motivos de deserción son los obstáculos ambientales, sobre todo por la incompatibilidad de los horarios laborales o domésticos con las sesiones del tratamiento, además de los problemas económicos y la falta de tiempo para acudir a su tratamiento (Alcázar, 2007).

Se ha visto que aquellos pacientes con graves problemas situacionales pueden beneficiarse poco de un tratamiento prolongado y pueden decidirse por el abandono después de que han obtenido de la terapia lo que querían de primera instancia, es decir, el alivio sintomático y / o apoyo durante la resolución de sus problemas (Baekeland & Lundwall, 1975).

Dentro de este rubro es importante mencionar que, también la conducta negativa del personal de salud (como son las recepcionistas, las trabajadoras sociales, las enfermeras y los médicos) que tratan agresiva o negligentemente al enfermo motivan que éste no vuelva a su próxima consulta (Cicero & Ramírez, 1985).

4.7 Consecuencias de la deserción de la psicoterapia para dejar de fumar.

❖ CONSECUENCIAS PARA EL PACIENTE

Los pacientes al no concluir su tratamiento desaprovechan los beneficios que éste les podría generar ayudándoles a dejar de fumar, lo que incide negativamente en su salud; además, aumenta la posibilidad de recaída, y puede terminar generando expectativas negativas respecto a la eficacia del tratamiento y a las posibilidades de conseguir la cesación en el futuro (Salvador & Ayesta, 2009).

Así mismo los fumadores gastan grandes cantidades de dinero en un producto que afecta su salud y su seguridad financiera, donde quedan expuestos, no solamente ellos sino también sus familias a graves pérdidas económicas cuando se presenta la discapacidad o muerte por enfermedades relacionadas con el tabaco. Estos recursos podrían ser utilizados para cubrir las necesidades básicas humanas, tales

como comida, vivienda, ropa, cuidado de la salud y educación. Debido a que durante sus años más productivos una cuarta parte de los fumadores muere y muchos más se enferman, la pérdida de ingresos es sustancial (Shafey et al., 2009), dado que los consumidores de tabaco son menos productivos durante su vida debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades (OMS, 2012).

❖ CONSECUENCIAS PARA EL TERAPEUTA

El fenómeno de la deserción puede devenir sin avisar, tomando por sorpresa al terapeuta y dejándole sensaciones de confusión y poca claridad frente a la posterior reflexión que pueda elaborar, lo que en un principio puede hacer que se sienta con las expectativas defraudadas y cuestionado acerca de si siguió la ruta adecuada con el caso que se va (Sánchez, 2011).

Los terapeutas, aparentemente, encuentran la marcha precipitada de los pacientes una experiencia muy difícil (Guy, 1995), ya que es a través de la deserción, que el psicoterapeuta se ve confrontado a sí mismo y su quehacer clínico y profesional (Sánchez, 2011), lo que puede generar un costo emocional para los terapeutas pudiendo sentirse éstos como fracasados o rechazados por dichos abandonos (Pekarik, 1985), tal creencia puede, a su vez, mermar la confianza y la eficacia de los terapeutas (Ogrodniczuk et al., 2005).

Farber (1983) señala que la conclusión prematura del tratamiento por decisión del paciente era la tercera fuente en importancia en crear tensión en el terapeuta, por ejemplo, en un estudio algunos terapeutas informaron de que habían comenzado a sentirse frustrados ante tal situación, además se han identificado algunos sentimientos experimentados por los terapeutas ante la deserción de sus pacientes como: la tristeza por no ser más útil a su cliente, confusión acerca de por qué su cliente había dejado el tratamiento, pesar por sus errores, la curiosidad acerca de cómo le iba a su ex cliente y la preocupación por su bienestar. La acumulación de tales experiencias insatisfactorias clínicos muy probable contribuye al agotamiento terapeuta (Piselli et al., 2011 & Guy, 1995).

Las dudas repetidas sobre la eficacia del tratamiento y las dificultades con que se topa el terapeuta cuando se intenta evaluar el progreso del paciente son otras de las fuentes de grave aflicción, sobre todo para los que tienen menos experiencia, pudiendo llegar a sentirse desalentado sin advertirlo, cuando asume la culpa por los fracasos del tratamiento y, sin embargo, duda en atribuirse los éxitos aparentes (Guy, 1995). Para los terapeutas cuya propia autoestima es estrechamente ligada a su capacidad para ayudar a otros, la pérdida de un paciente a través de la deserción amenaza su sentido de autoestima (Ogrodniczuk et al., 2005).

Por otra parte el terapeuta pierde ingresos económicos (Ogrodniczuk et al., 2005) y su tiempo se desperdicia por estos abandonos prematuros. Las elevadas tasas de deserción pueden contribuir a un aumento de los costos del personal mediante la reducción de la satisfacción laboral y el rendimiento, así como la creciente rotación de personal, así mismo, la reputación que tiene el psicoterapeuta frente a su gremio puede verse afectada si el fenómeno de la deserción se presenta, por lo que el temor a la crítica y el sentirse cuestionado por otros puede tener un papel importante (Sánchez, 2011).

❖ **CONSECUENCIAS PARA LA FAMILIA**

El abandono del tratamiento y el continuar consumiendo cigarrillos produce daños en la salud de quien los consume y de los no fumadores expuestos al humo de segunda mano (Shafey et al., 2009).

Además el tabaco mata a las personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de su sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana. Por otra parte numerosos estudios han revelado que en los hogares más pobres de algunos países de bajos ingresos los productos del tabaco representan hasta un 10% de los gastos familiares. Esto significa que esas familias disponen de menos dinero para destinar a sus necesidades básicas, por ejemplo, alimentación, educación y atención de salud. Aunado a los efectos sanitarios directos, el tabaco da lugar a malnutrición, mayores gastos en atención de salud, muerte prematura y contribuye a elevar las tasas de analfabetismo, ya que el dinero que podría utilizarse para educación se destina, en cambio, al consumo de tabaco (OMS, 2012).

Los miembros de la familia a menudo invierten su tiempo y escasos recursos para cuidar de sus familiares fumadores enfermos y moribundos. En muchos países de bajos recursos, el tratamiento en el hospital puede absorber los ahorros de toda la vida de una familia, y una visita al hospital puede significar días de viaje y gastos agobiantes.

Los fumadores exponen sus viviendas a riesgos de incendio innecesarios y a menudo pagan primas altas por seguros de salud y propiedad. Los costos de oportunidad más grandes del tabaquismo existen en los países que menos pueden permitírselo, lo que empeora las disparidades globales en ingresos y salud (Shafey et al., 2009).

❖ CONSECUENCIAS PARA EL SECTOR SALUD

Un poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo mata prematuramente a cerca de 6 millones de personas, causando pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares (OMS, 2011).

Los resultados en los servicios de atención a la salud, repercuten negativamente en el área financiera, lo que origina un incremento en los costos como resultado de una mayor cantidad de recursos consumidos, en comparación con los beneficios en salud que se obtienen. Los casos en los que los efectos terapéuticos se presentan tardíamente por motivo de una evolución prolongada, resultado de una adherencia terapéutica incompleta, o bien, aquellos otros que presentan recaídas y complicaciones por interrupción del tratamiento, ocasionan el aumento tanto en el volumen de consultas, como en los recursos humanos (por ejemplo el tiempo invertido del personal administrativo se desperdicia) y materiales utilizados para proporcionarlas, las citas de los pacientes que dejan de asistir podrían utilizarse para otros pacientes, pero al no avisar, contribuyen a que haya largas listas de espera.

La falta de adherencia terapéutica influye en forma importante en el sistema de servicios, no sólo en relación a su efectividad sino también con respecto a los parámetros de eficacia y eficiencia. En la medida en que el abandono refleja la

insatisfacción con los servicios, puede resultar en una baja credibilidad y apoyo a la clínica. Sin embargo la deserción reduce de manera general la rentabilidad de la terapia (Ruiz & Cuevas, 1985; Pekarik, 1985; Ogradniczuk et al., 2005).

Por otra parte, los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico (OMS, 2011). Otros costos incluyen los gastos de atención médica para fumadores activos y pasivos (Shafey et al., 2009).

❖ CONSECUENCIAS EN OTRAS ÁREAS

A nivel económico, los tratamientos que no se terminan suponen una pérdida de tiempo y/o de dinero para el propio paciente, para los terapeutas y para la entidad que asuma los gastos (Salvador & Ayesta, 2009).

Estos costos económicos del tabaco se extienden más allá de los costos directos de las muertes relacionadas con el tabaco y las pérdidas afines a productividad, ausentismo de empleados y disminución de la productividad laboral, daños por incendios debidos a fumadores descuidados, incremento en los costos de limpieza, daño ambiental generalizado por deforestación en gran escala, contaminación por pesticidas y fertilizantes, y basura desechada. Por lo tanto, los costos económicos totales del tabaco reducen la riqueza nacional en términos de producto interno bruto (PIB) hasta en un 3,6 por ciento (Shafey et al., 2009).

V. PROPÓSITO DEL PRESENTE ESTUDIO

La deserción es un fenómeno que compromete la calidad de la atención psicológica, el costo del servicio y la evaluación del tratamiento (Quevedo, 2008), por tanto es importante identificar a posibles desertores para actuar oportunamente y prevenir dicha situación.

En un estudio realizado en el Hospital General de México, donde se atienden a pacientes provenientes del Distrito Federal como del interior de la República, se encontró que algunos pacientes dejan de asistir a su tratamiento por razones económicas, principalmente cuando son foráneos, o porque les fue imposible pagar las cuotas señaladas por las trabajadoras sociales (Cicero, 1985).

Dentro del mismo Hospital, pero en la Clínica Contra el Tabaquismo se encontró que deserción es del 50%, ya que del total de 130 pacientes que ingresaron a tratamiento para cesar su consumo de tabaco lo terminaron 65 y lo abandonaron el mismo número en diferentes fechas (Leal et al., 2010).

Debido a que la deserción de los pacientes de la Terapia de Cesación de Tabaco implica grandes pérdidas no sólo en el ámbito económico sino también en la salud, provocando incluso la muerte, tanto de las personas fumadoras como de aquellas que los rodean es necesario crear una serie de estrategias para prevenir o disminuir la deserción de los pacientes de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México. Para ello se analizarán algunas variables no consideradas en otros estudios (patrón de consumo de nicotina, historial de consumo de otras sustancias adictivas, grado de ansiedad, depresión e impulsividad) cuya finalidad es ver si muestran alguna relación significativa en la deserción, para que éstas sean consideradas al implementar los tratamientos psicoterapéuticos.

Por lo cual el objetivo de este estudio es identificar los motivos de la deserción del tratamiento psicoterapéutico en la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México; y, con base en los cuales formular estrategias de prevención a fin de que los pacientes puedan concluir su tratamiento de manera exitosa.

VI.OBJETIVOS PARTICULARES

1. Identificar si existen diferencias significativas entre pacientes desertores y finalizadores en cuanto a:
 - a) Condiciones sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación)
 - b) Variables clínicas (patrón de consumo de cigarrillos, nivel de dependencia, tratamientos previos, nivel de ansiedad, nivel de depresión, grado de impulsividad, número de sesiones asistidas)
- a) Motivos de deserción
- b) Variables del servicio proporcionado en la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México

VII. MÉTODO

7.1 Variables

La variable situacional en esta investigación es la deserción de la psicoterapia y los motivos por los cuales los pacientes dejaron de asistir al tratamiento. Mientras que las variables independientes son el número de cigarrillos que fuman los pacientes, nivel de dependencia, grado de ansiedad, depresión e impulsividad del paciente.

En este estudio se trabajarán con las siguientes definiciones:

-Paciente finalizador: Paciente que luego de haber asistido a una o más sesiones acudió de forma constante a su tratamiento y lo concluyó, debido a que acudió a la última sesión programada (Quevedo, 2008).

-Paciente desertor: Persona que fue aceptada para recibir un tratamiento psicoterapéutico, ha asistido a por lo menos una sesión y ha descontinuado su tratamiento por iniciativa propia (decisión unilateral), por lo que deja de asistir a todas las sesiones futuras programadas; es decir la terminación de la psicoterapia no fue producto de un acuerdo mutuo entre paciente y terapeuta (decisión bilateral) y, de acuerdo al terapeuta el tratamiento se encuentra en fase inicial, en proceso o incompleto.

Además dentro del grupo de desertores se realiza la siguiente clasificación:

- Desertores Inmediatos: Acude solo a la primera sesión.
- Desertores Rápidos: Deserta entre la segunda y la quinta sesión (dentro del primer mes).
- Desertores Tardíos: Deserta a partir de la sexta sesión (entre dos y seis meses).

(Baekeland & Lundwall, 1975)

7.2 Participantes

Los participantes fueron pacientes que acudieron a la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México para cesar su consumo de tabaco, durante los años 2011 y 2012. Donde se obtuvo una muestra total de 249 pacientes. De los cuales se eliminaron 56, ya que solo acudieron a entrevista, 16, por presentar alguna comorbilidad psiquiátrica y 115 más por no tener un número telefónico para contactarlos, por no haber asistido a responder el cuestionario de motivos de deserción, o por no haberse establecido un contacto vía telefónica con ellos después de 5 llamadas.

Quedaron 177 pacientes de los cuales: 63 finalizaron su tratamiento y 114 desertaron. De estos pacientes 62 respondieron el Cuestionario de motivos de deserción y la batería de pruebas psicológicas de la siguiente manera:

- 31 fueron desertores (6 vía telefónica y 25 vía presencial)
- 31 finalizadores (12 vía telefónica y 19 vía presencial)

7.3 Instrumentos

- **Expediente clínico**, el cual contiene el Cuestionario de entrevista inicial de la Clínica Contra el Tabaquismo, Hoja de resumen, Balance desicional, Gráfica de patrón de consumo, Hoja de estilos de vida; de este expediente serán extraídas las variables clínicas (número de sesiones asistidas, patrón de consumo de cigarrillos, nivel de dependencia a la nicotina, grado de ansiedad, depresión e impulsividad del paciente).

- **Test de Fargestrom**, es un instrumento autoaplicado que consta de 8 ítems que exploran el consumo de cigarrillos y, por tanto, la dependencia de nicotina. Las puntuaciones oscilan de 0 a 2 en los tres primeros ítems y 0 o 1 en los restantes.

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 8 ítems donde a mayor puntuación, mayor intensidad del consumo-dependencia.

Las puntuaciones obtenidas indican:

0-2: Dependencia muy baja.

3-4: Dependencia baja.

5: Dependencia media.

6-7: Dependencia alta.

8-10: Dependencia muy alta.

Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, con determinadas medidas biológicas, cotinina metabolito de la nicotina) en orina y CO alveolar, oscilaron de 0.25 a 0.40 y con el número de años de fumador se obtuvo una $r = 0.52$. La adaptación Mexicana, obtuvo un coeficiente de consistencia interna de .97 (Becoña & Vázquez, 1998)

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**, es un inventario autoaplicado que mide sintomatología ansiosa, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad y hacen referencia a la última semana y al momento actual. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, la puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará solo la de mayor puntuación) (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988). Fue estandarizado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) el rango de escala es de 0 a 63 puntos, la puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 y en sujetos normales 15,8. No obstante no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**, es un instrumento de autoinforme para evaluar la sintomatología depresiva (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988). Está compuesto de 21 ítems. En cada uno de ellos la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante la última semana incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su valoración, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. En México la confiabilidad por consistencia interna obtenido fue alfa de Cronbach= 0.87, $p < .000$ (Jurado et al., 1998). Los puntos de corte son los siguientes:

0 a 9 puntos: No depresión

10 a 18 puntos: Depresión Leve

19 a 29 puntos: Depresión moderada

30 puntos: Depresión grave

- **Cuestionario de impulsividad BARRATT**, el BIS-11 es un instrumento autoaplicado desarrollado para evaluar impulsividad, consta de 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas
 - Cognitiva: Que implica que la persona toma decisiones de manera rápida (está compuesta por 8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27).
 - Motora: En donde la persona actúa sin pensar (constituida por 10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29).
 - Impulsividad no planeada: Hace referencia a la falta de previsión para el futuro (compuesta por 12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).

Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de frecuencia de 4 grados, que van desde raramente o nunca, hasta siempre o casi siempre. Algunos ítems que están formulados en sentido inverso (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30), por lo que en éstos la puntuación es la contraria; raramente o nunca, 4 y siempre o casi siempre, 1.

Proporciona una puntuación total (suma de las puntuaciones en las 3 subescalas) y puntuaciones en las 3 subescalas (suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems que las constituyen).

Desde el punto de vista clínico posee mayor relevancia la puntuación total. No existe punto de corte propuesto, por lo que en varios estudios se sugiere realizar como punto de corte la mediana de la distribución (Patton, Stanford & Barratt, 1995) y cuenta con un alfa de Crobach de 0.79 (Leshem & Glicksohn, 2007).

- **Cuestionario de Motivos de Deserción** elaborado y adaptado para la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México (Quevedo, 2008). Del cual se extraerán variables clínicas como cambios en el consumo de cigarrillos, atribución de esos cambios, motivos de deserción; así como variables relacionadas al servicio como la satisfacción con los servicios recibidos en la Clínica, disposición de volver a solicitar los servicios, disposición de recomendar los servicios, aspectos que más y que menos les gustaron y recomendaciones para mejorar el servicio de la Clínica Contra el Tabaquismo.

7.4 Escenario

La Clínica Contra el Tabaquismo se encuentra ubicada en las instalaciones del Hospital General de México, en el servicio de Neumología (406). Atiende a adolescentes y adultos, quienes asisten a ella para cesar su consumo de tabaco o de alguna otra sustancia adictiva. Su tratamiento es médico-psicológico basándose en la Terapia Cognitiva-Conductual con un máximo de 8-10 sesiones semanales, planeadas conforme a un manual estructurado del tratamiento, no obstante éste se adapta a las necesidades del paciente.

Esta Clínica cuenta con un programa de Servicio Social y de Prácticas Profesionales, por lo que la atención de los pacientes por parte de los estudiantes es muy alta. Las actividades que llevan a cabo estos estudiantes son supervisadas periódicamente por psicoterapeutas certificados de dicha institución.

7.5 Procedimiento

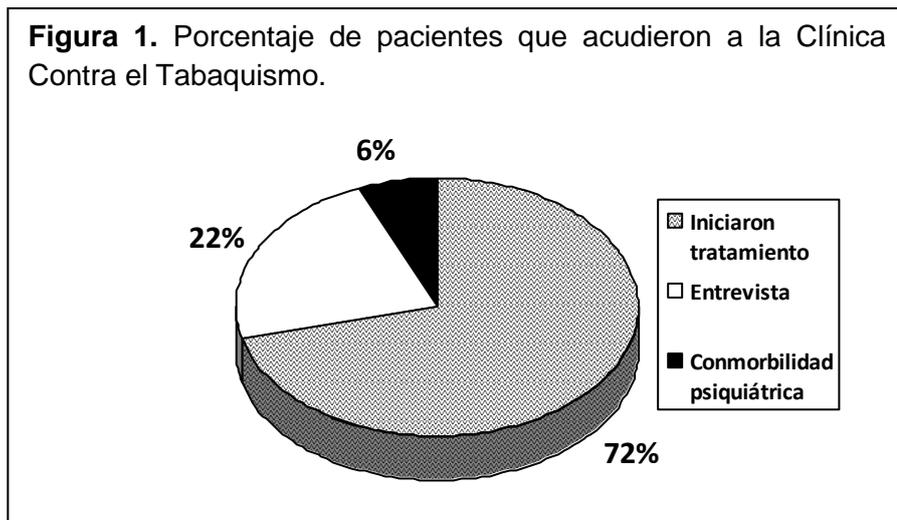
Se capturaron los expedientes de los pacientes que acudieron a tratamiento para dejar de fumar en la Clínica Contra el Tabaquismo durante los años 2011 y 2012. Posteriormente se contactó vía telefónica a los pacientes que acudieron durante esos años. A través de esta llamada se identificó a los pacientes desertores y a los finalizadores de su tratamiento para dejar de fumar, a aquellos que dejaron de fumar durante su tratamiento y a los que no lo hicieron. Se les realizó una invitación a los pacientes para que asistan a la Clínica Contra el Tabaquismo a responder un Cuestionario de Motivos de Deserción y una batería de pruebas psicológicas.

Se ofrecieron dos opciones para responder el Cuestionario a los pacientes que decidieron participar en el estudio. La primera de ellas de forma presencial (acudiendo a las instalaciones de la Clínica), la segunda por vía telefónica, en ambos casos se acordó una fecha y hora para responder dicho Cuestionario conforme a la conveniencia del paciente. Por último a todos los pacientes se les ofreció un tratamiento breve, con duración de cuatro sesiones psicológicas totalmente gratuitas para que los pacientes dejaran de fumar, o en su defecto adquirieran herramientas para continuar en abstinencia.

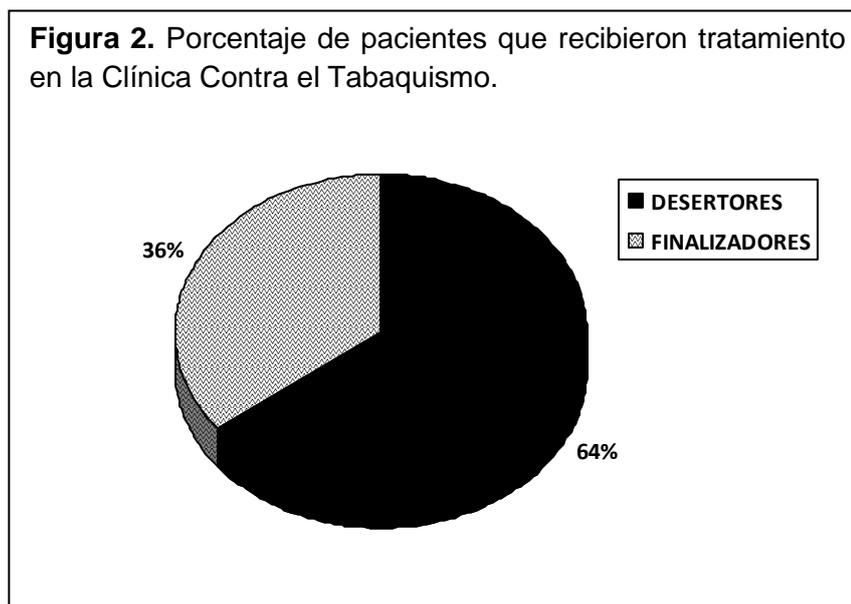
Se contactó nuevamente al paciente en el día y hora establecidos, se le entregó/leyó el consentimiento informado y se procedió a entregarle/leerle el Cuestionario de Motivos de Deserción de la Clínica Contra el Tabaquismo y la batería de pruebas psicológicas para que las respondiera.

VIII. RESULTADOS

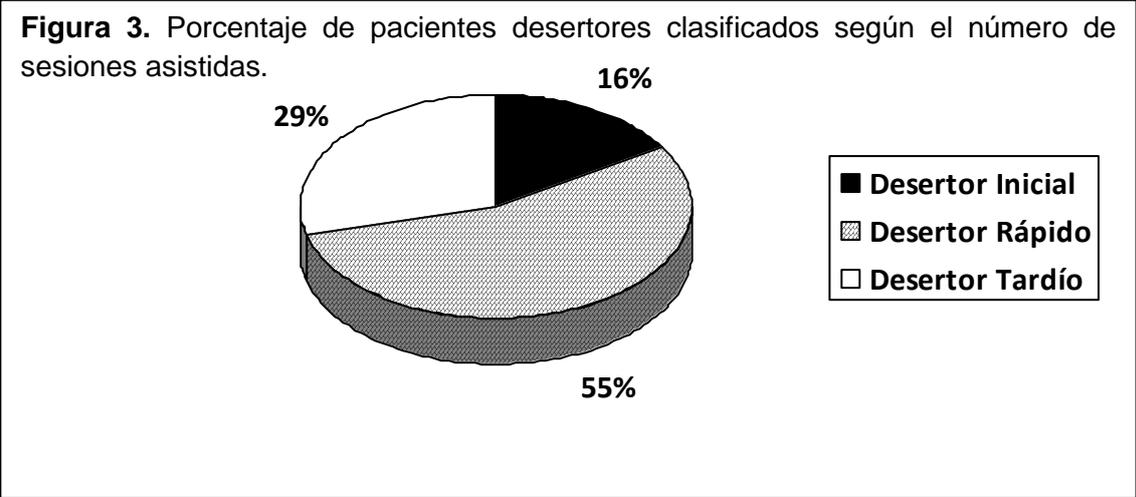
La Figura 1 muestra el porcentaje de pacientes que acudieron a la Clínica Contra el Tabaquismo durante los años 2011 y 2012. De un total de 249 pacientes, el 22% sólo acudieron a su entrevista, mientras que un 72% inició tratamiento. El 6% restante presentó algún tipo de comorbilidad psiquiátrica, por lo cual no fueron considerados para este estudio.



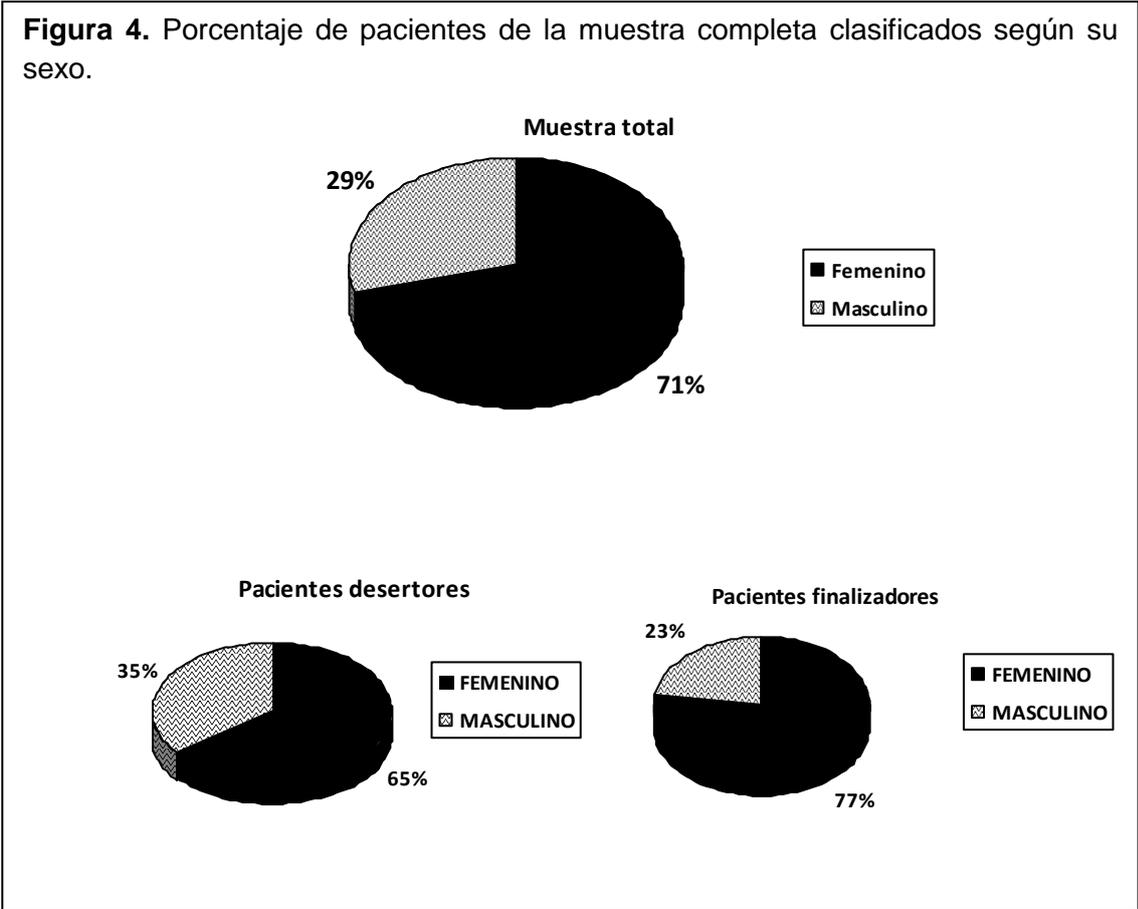
Del total de pacientes que ingresaron a tratamiento en la Clínica Contra el Tabaquismo el 64% desertaron, mientras que el 36% restante concluyeron su tratamiento (ver Figura 2).



En el caso de los pacientes desertores se encontró que, el 16% abandonó su tratamiento en la primera sesión (desertores iniciales), un 55% desertó entre la segunda y la quinta sesión (desertores rápidos) y el 29% a partir de la sexta sesión (desertores tardíos) (ver Figura 3).

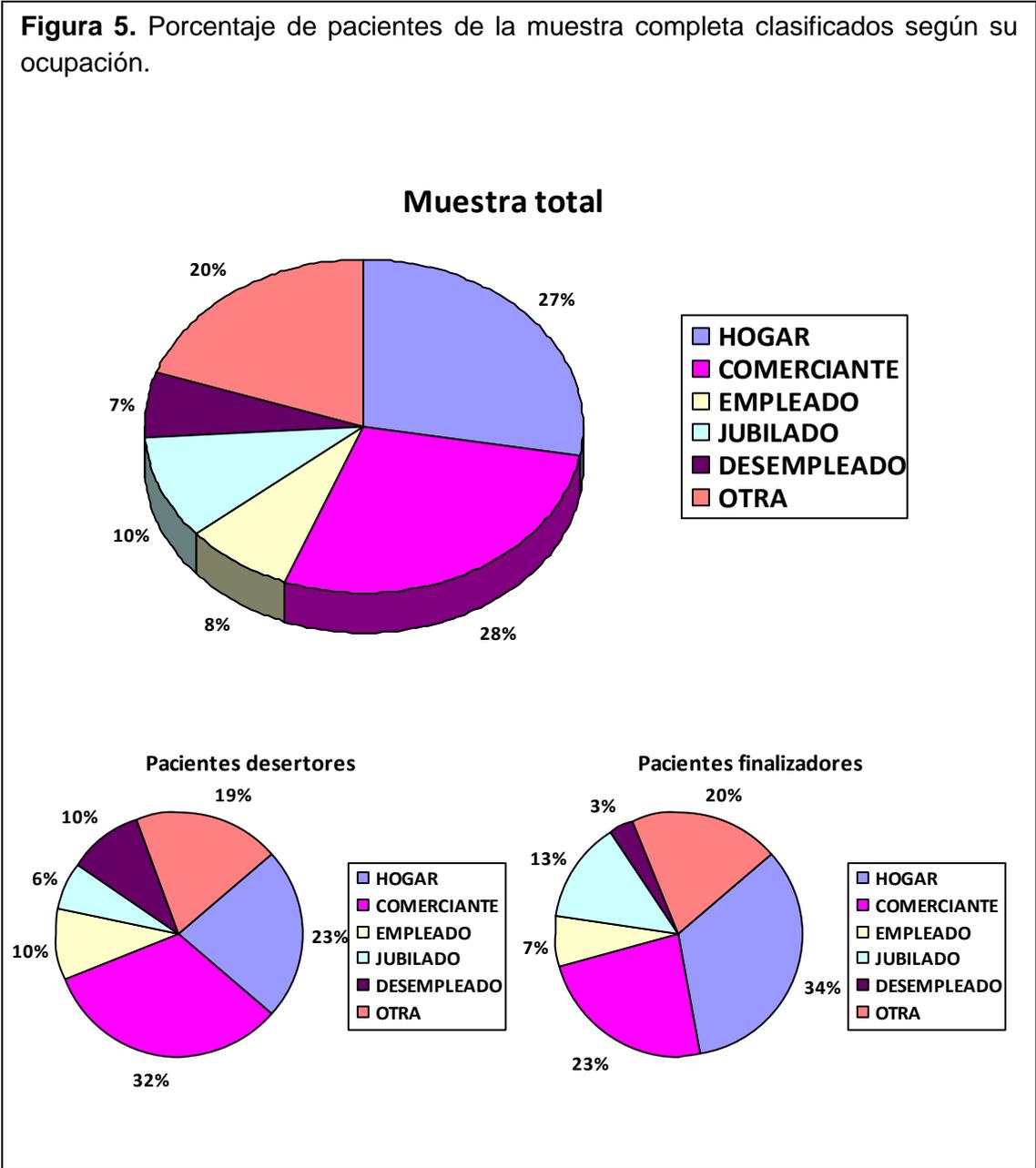


Dentro de las características sociodemográficas de los pacientes que acudieron a tratamiento se observa que respecto al sexo la mayoría son mujeres (71%), en comparación con el 29% de varones. Tendencia que se mantiene en las muestras separadas, finalizadores y desertores (ver Tabla y Figura 4).

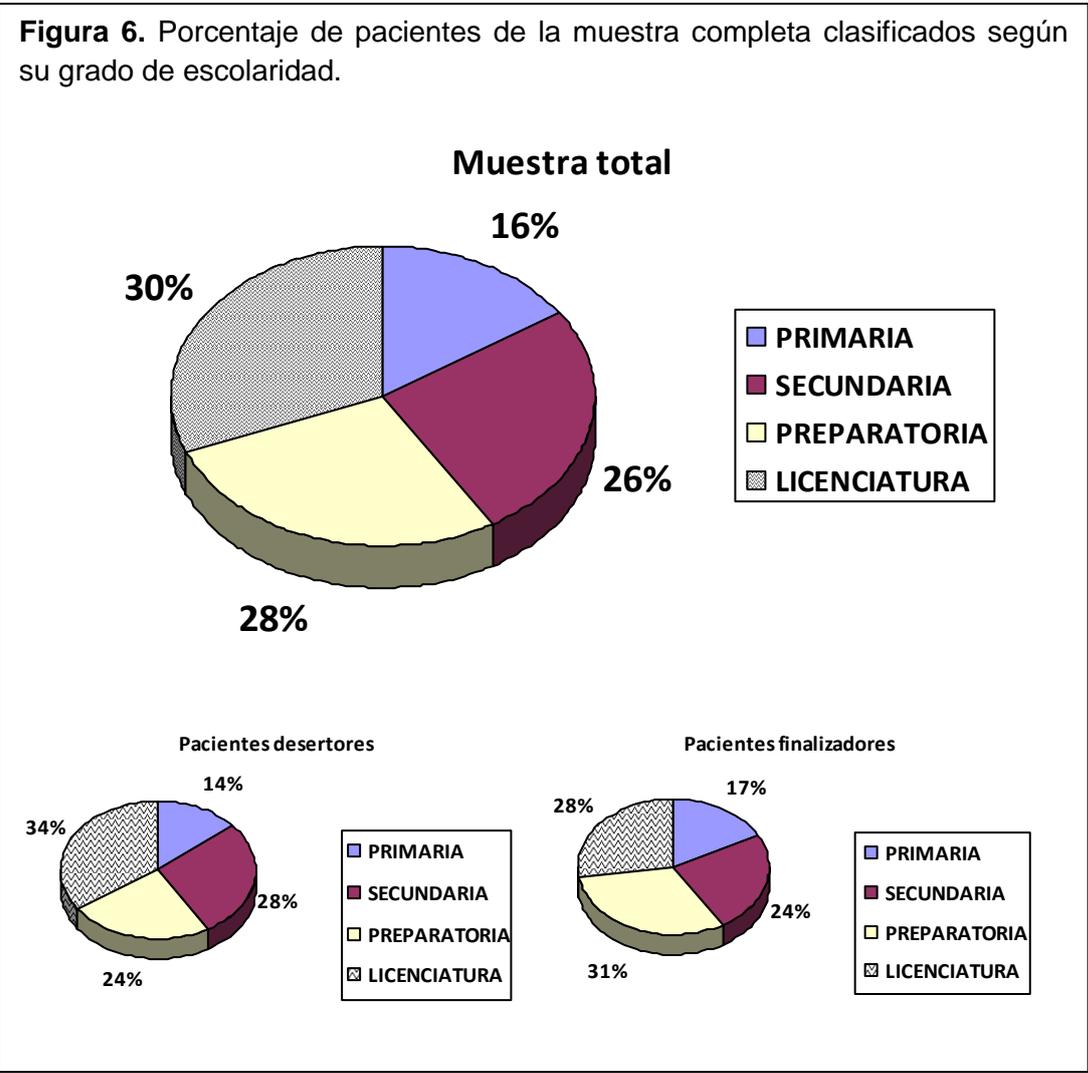


De acuerdo a la prueba de Chi-cuadrada, no hay relación entre el sexo de los pacientes y la manera en que finalizan su tratamiento (finalizadores o desertores) ($\alpha=.263$); así mismo no se observa relación entre la convivencia con otros fumadores, consumo actual de otras drogas y tratamientos previos sobre la manera en que terminan su tratamiento.

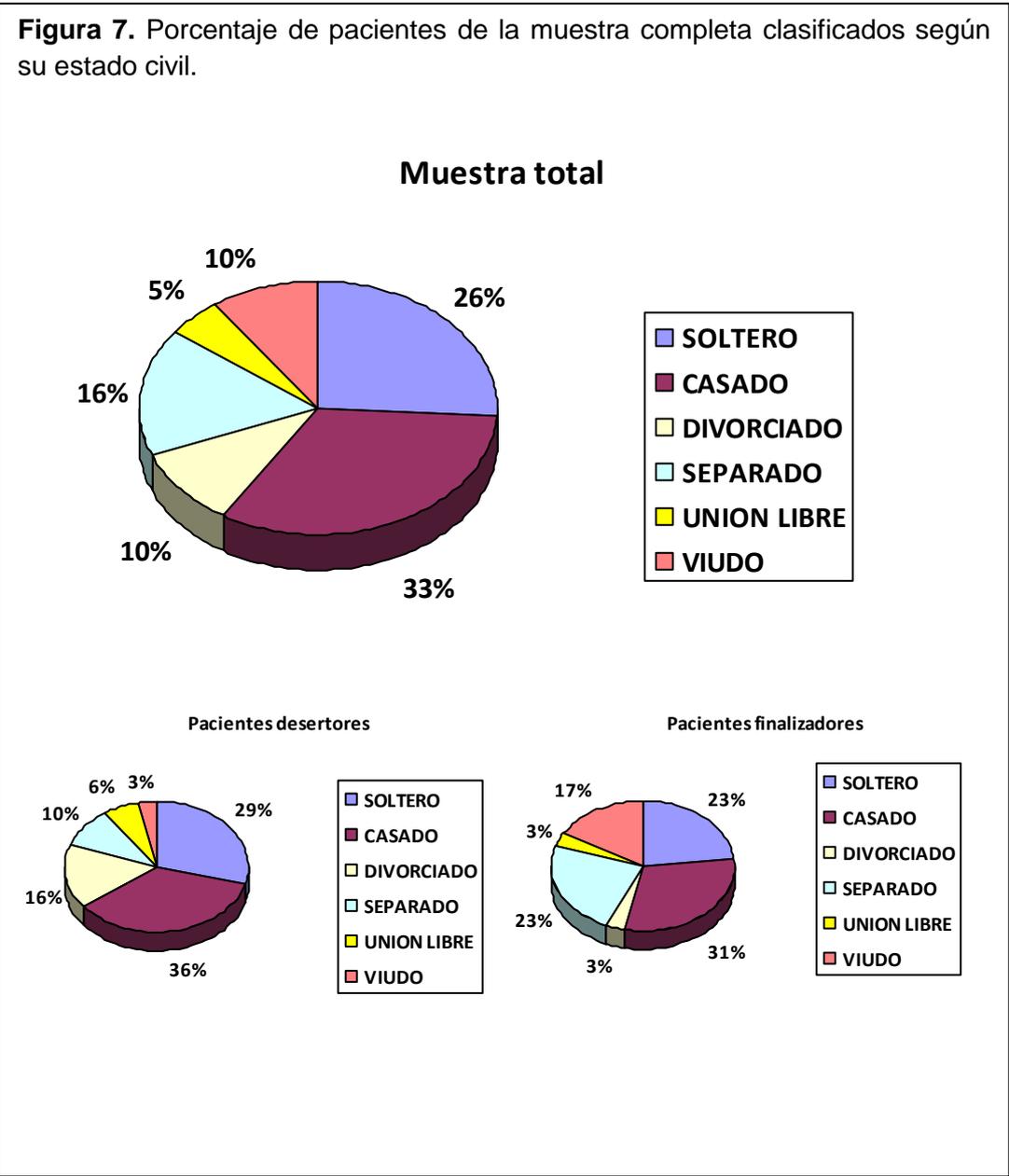
Respecto a su ocupación el 28% se dedica al comercio, seguido de un 27% que se dedican al hogar y solo un 7% se encuentra desempleado (ver Figura 5), tampoco se observa relación entre la ocupación de los pacientes y si concluyen o no su tratamiento.



De acuerdo a su grado de escolaridad el 30% de los pacientes ha cursado una Licenciatura, el 28% tiene la preparatoria o bachillerato, mientras que un 16% solo estudió la primaria (ver Figura 6). No se observa relación entre el grado de escolaridad de los pacientes y la manera en que finalizan su tratamiento.



En lo referente a su estado civil el 33% de los pacientes son casados, mientras que el 26% es soltero y solo el 5% vive en unión libre (ver Figura 7). En esta área tampoco se observa relación entre el estado civil de los pacientes y la manera en que finalizan su tratamiento.



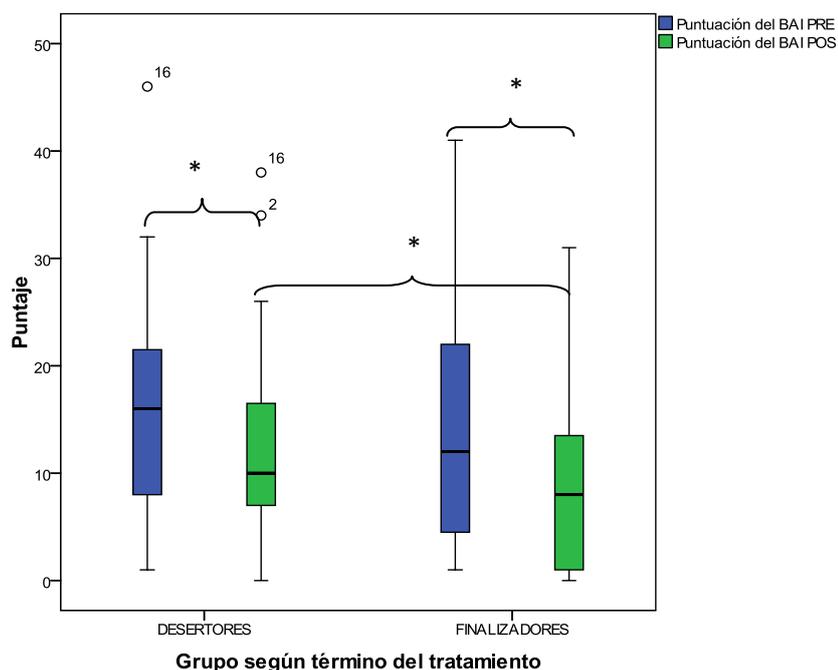
Para identificar si existen diferencias significativas entre los pacientes desertores y finalizadores en cuanto a las variables clínicas de dependencia a la nicotina, ansiedad, depresión e impulsividad se utilizó:

- Test de Fargestrom para medir el nivel de Dependencia a la nicotina.
- El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para medir sintomatología ansiosa.
- El Inventario de Depresión de Beck (BDI) para medir sintomatología depresiva.
- El Cuestionario de Impulsividad BARRATT para medir impulsividad dividida en motora, cognitiva y no planeada.

En donde se espera que aquellos pacientes que tengan mayor puntuación en alguna o varias de estas pruebas (Fargestrom, BAI, BDI ó BARRATT) posean más probabilidad de desertar de su tratamiento.

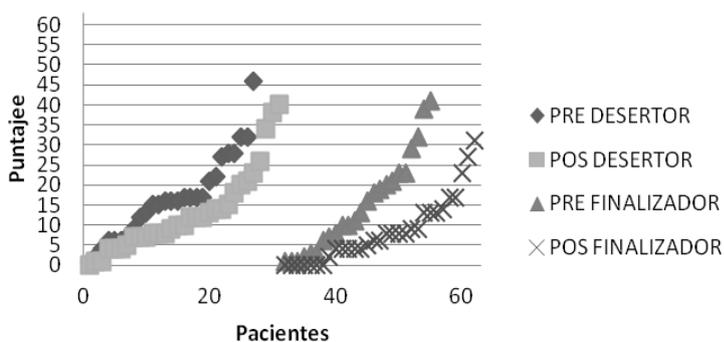
A continuación se describen los resultados encontrados en este rubro, donde podremos ver varios diagramas de caja que muestran la comparación de medias entre finalizadores y desertores en los puntajes de las pruebas. En el eje X se encuentran los grupos, mientras que en el eje Y están las puntuaciones de las pruebas. En estas Figuras los bordes de la caja representan al primer y tercer cuartiles, la caja contiene las puntuaciones correspondientes al 50% central de la distribución, la línea central representa el valor de la media y las líneas extremas (bigotes) los valores máximo y mínimo de la distribución.

Figura 8. Comparación de medias entre finalizadores y desertores de la prueba BAI.

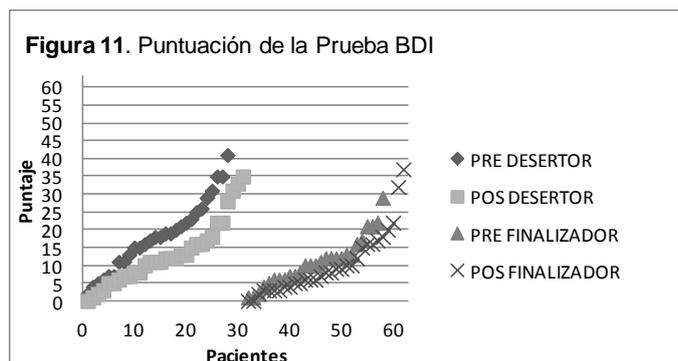
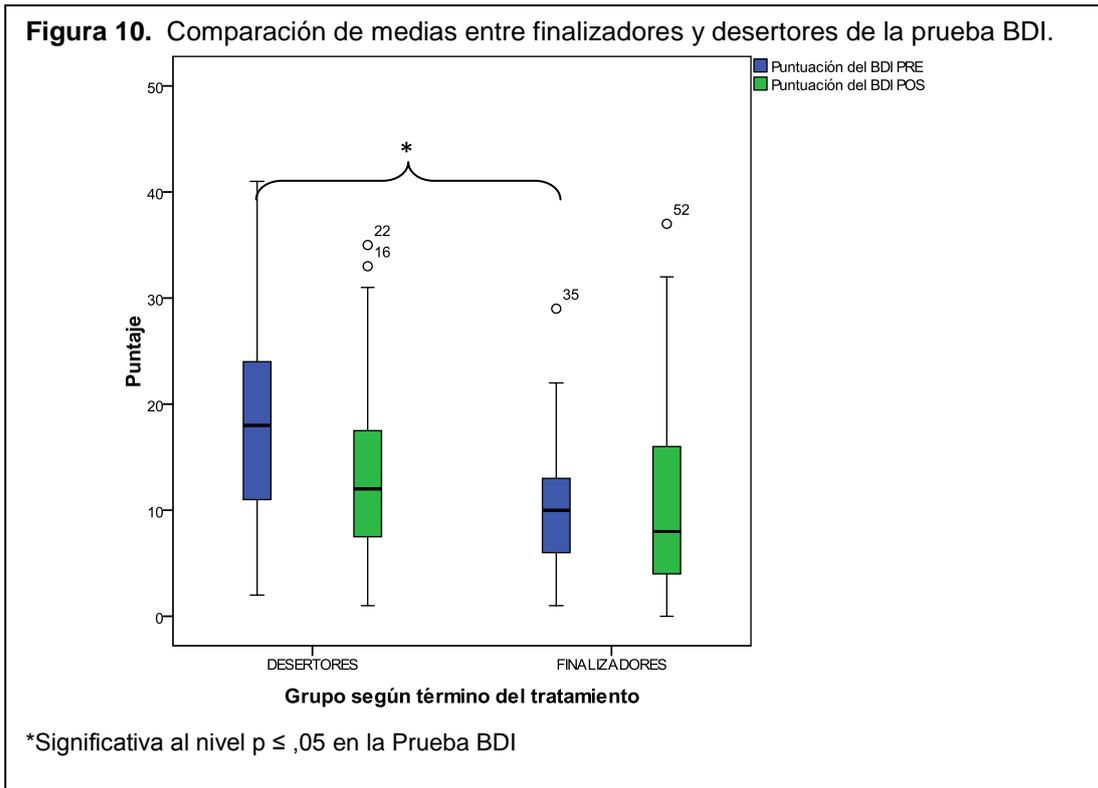


*Significativa al nivel $p \leq ,05$ en la Prueba BAI

Figura 9. Puntuación de la Prueba BAI

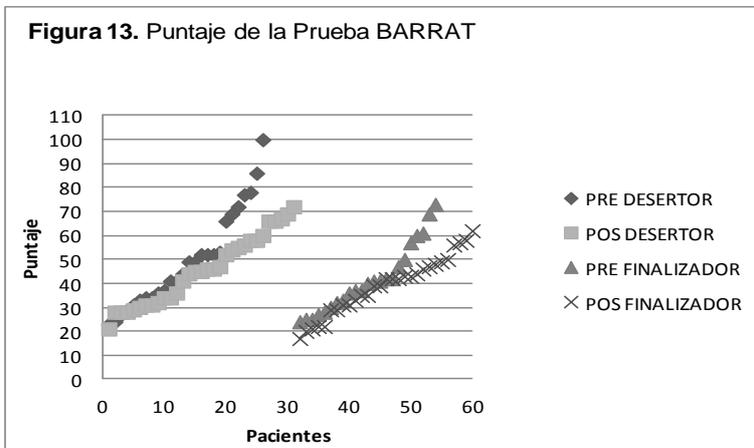
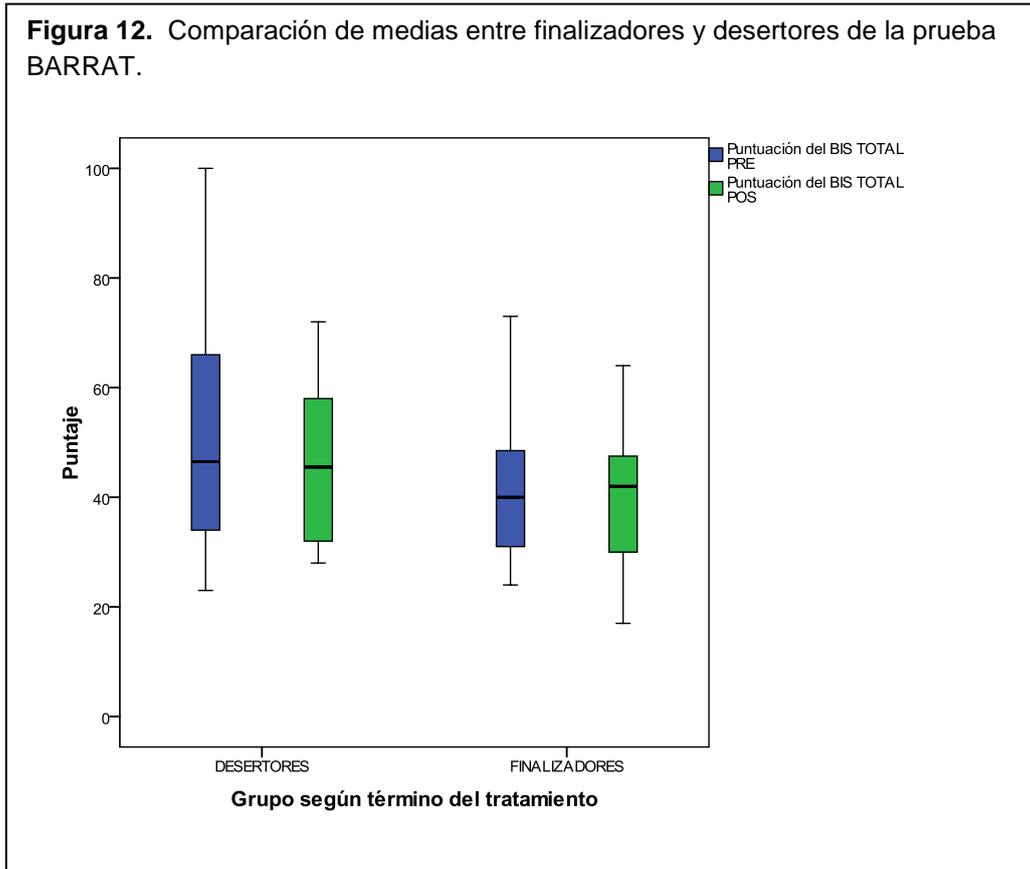


Al comparar las medias de la prueba BAI entre finalizadores y desertores, se encontró que en el POS de ambos grupos se redujo la ansiedad, pero ésta fue más marcada en los finalizadores de manera grupal. Así mismo al comparar los rangos entre grupos por medio de la Prueba Wilcoxon se observan diferencias significativas en el Pre y el Pos tanto de finalizadores ($\alpha=,005$) como de los desertores ($\alpha=,050$) (ver Figura 8). Los cambios individuales en el puntaje de la Prueba BAI se muestran en la Figura 9, donde podemos observar que los pacientes finalizadores son quienes tuvieron puntajes más bajos en el POS e incluso varios de ellos puntuaron en cero.



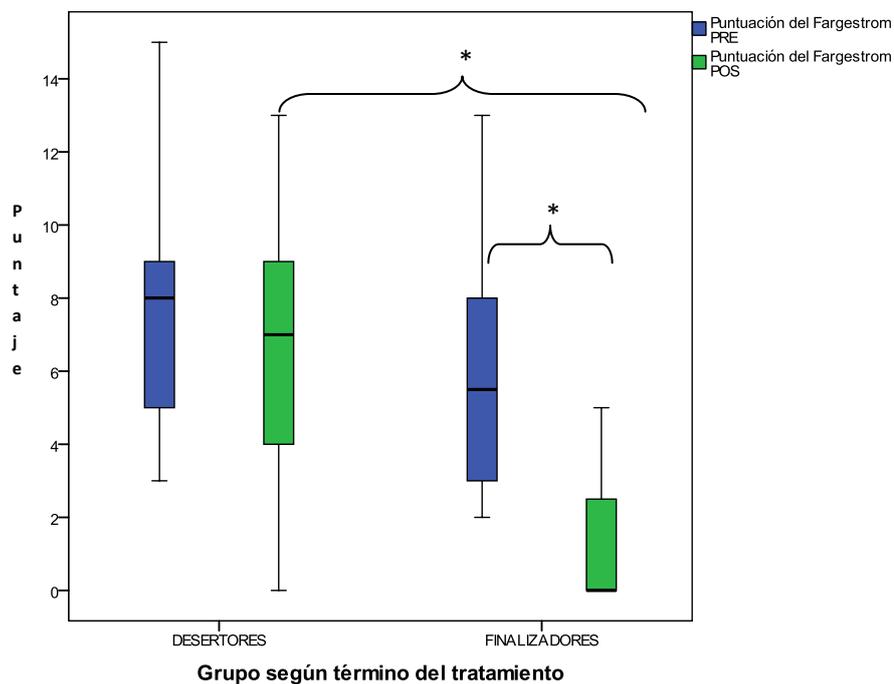
Respecto a las medias de la prueba BDI PRE entre finalizadores y desertores, se observa una diferencia significativa ($\alpha=.003$) entre estos grupos, donde los pacientes desertores presentaron mayor depresión antes de ingresar a su tratamiento. Por otra parte, en la distribución se puede ver que los finalizadores parecen estar más deprimidos después de haber acudido a tratamiento, sin embargo, no hubo diferencias significativas en los rangos entre pre y pos de cada grupo (ver Figura 10). Los cambios individuales en el puntaje de la Prueba BDI se muestran en la Figura 11, en ella se puede apreciar que los pacientes finalizadores son quienes tuvieron puntajes más bajos en el PRE, no obstante algunos de ellos aumentaron en el POS; debido a que la intervención no se dirigió propiamente a manejo de la depresión y en la medición no se incluyeron evaluaciones sobre lo que estaba ocurriendo en la vida del paciente al momento de la evaluación sería importante considerarlo en otros estudios.

Figura 12. Comparación de medias entre finalizadores y desertores de la prueba BARRAT.



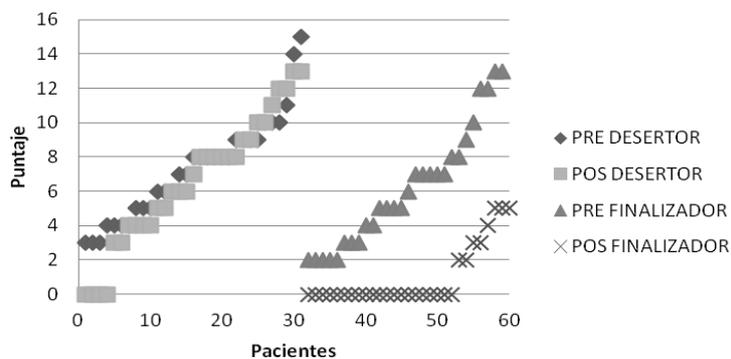
En el caso de las medias de la prueba BARRAT, para medir impulsividad entre finalizadores y desertores no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ni tampoco las hubo al comparar los rangos entre grupos (ver Figura 12). Los cambios individuales se presentan en la Figura 13, donde se aprecia que los pacientes desertores tuvieron puntuaciones más elevadas en el PRE, y aún cuando éstas disminuyeron en el POS continúan manteniéndose un poco más elevados que los finalizadores.

Figura 14. Comparación de medias entre finalizadores y desertores de la prueba Fargestrom.



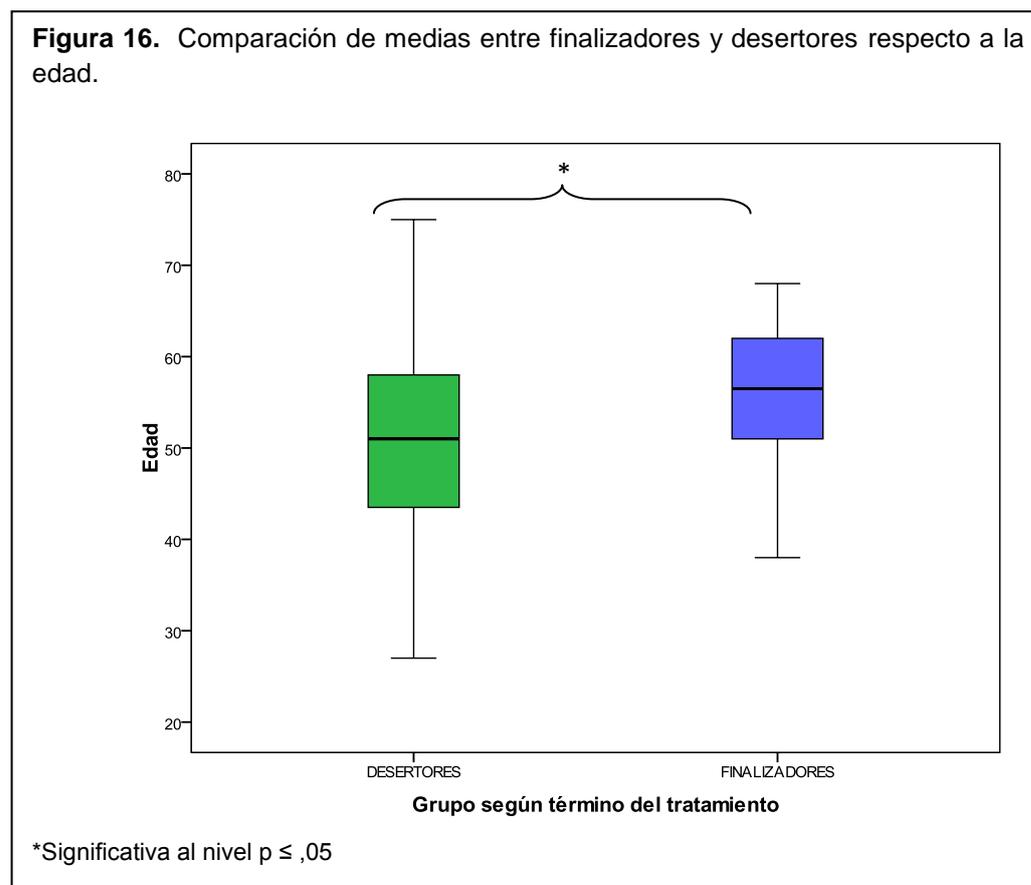
*Significativa al nivel $p \leq ,05$ en la Prueba Fargestrom

Figura 15. Puntaje de la Prueba Fargestrom



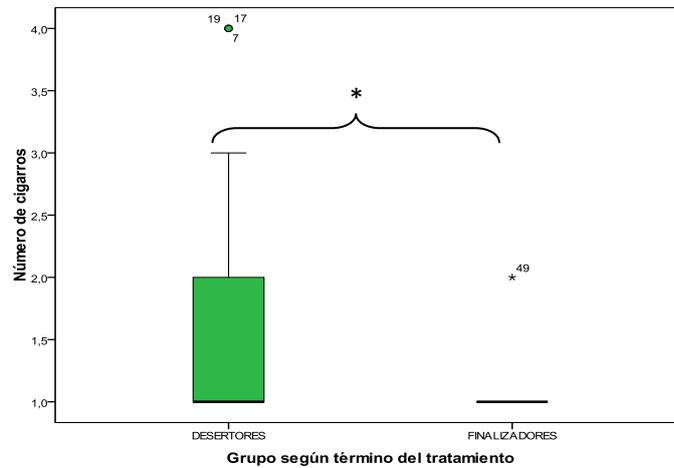
En lo referente a las medias de la prueba Fargestrom, para medir nivel de dependencia entre finalizadores y desertores, se encontró una diferencia de medias significativa, donde los pacientes desertores presentaron mayor nivel de dependencia después de haber acudido a tratamiento. Así mismo al comparar los rangos entre grupos por medio de la Prueba Wilcoxon se observan diferencias significativas en el PRE y POS de los finalizadores ($\alpha=,001$) (ver Figura 14). Los cambios individuales en el puntaje se muestran en la Figura 15., donde se puede ver que los pacientes finalizadores son los que presentaron menores puntajes al finalizar el tratamiento y donde varios de ellos puntuaron en cero.

Además se encontraron diferencias entre finalizadores y desertores en otras variables como el número de cigarros que fuman actualmente, la edad, la puntuación de la Prueba Russell (que mide motivos para fumar) en el área de necesidad, la puntuación del CES-D (que mide sintomatología depresiva), la puntuación del Barratt en el área no planeada Pos y en las Puntuaciones de Ansiedad Rasgo y Estado que mide el IDARE, las cuales se describen a continuación.



En la Figura 16 se observan diferencias significativas en las medias de edad de los pacientes finalizadores y desertores, en este caso los pacientes finalizadores tienen una media de edad más alta (55 años) que los desertores (50 años) ($\alpha=.048$).

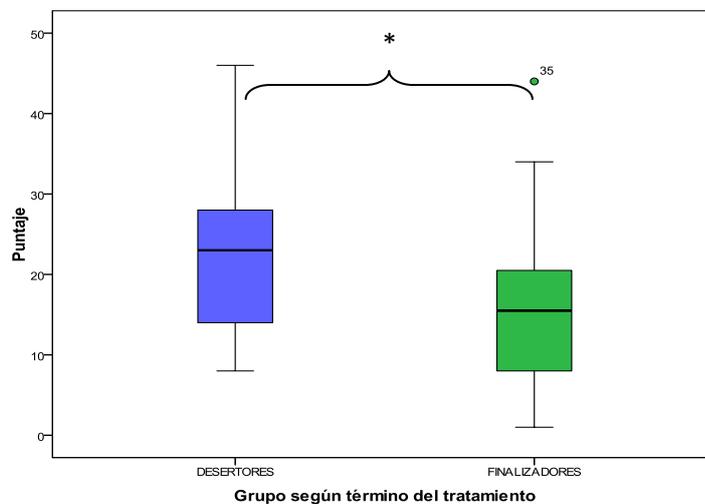
Figura 17. Comparación de medias entre finalizadores y desertores respecto al número de cigarros actuales.



*Significativa al nivel $p \leq ,05$

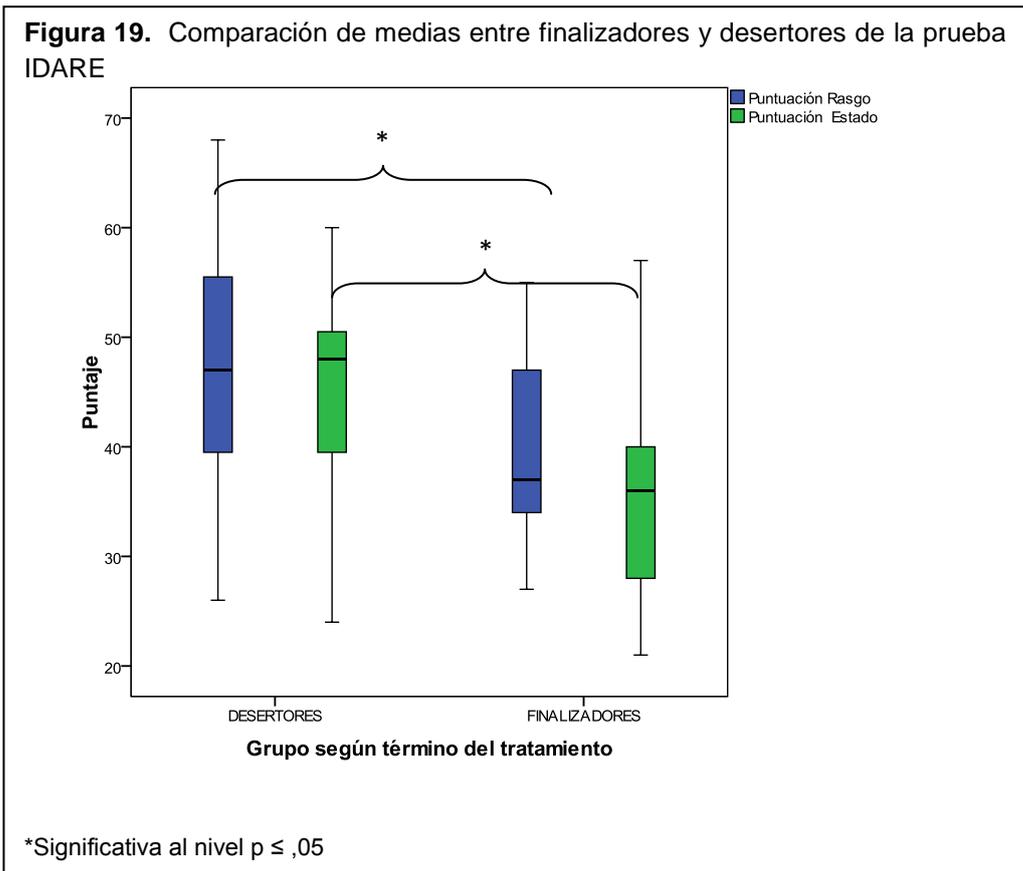
Se hallaron diferencias significativas en las medias del número de cigarros que fuman actualmente los pacientes finalizadores y desertores, donde la media de los pacientes desertores (1.8) es mayor que la de los finalizadores (1.1) ($\alpha=.46$) (ver Figura 17).

Figura 18. Comparación de medias entre finalizadores y desertores de la prueba CES-D.

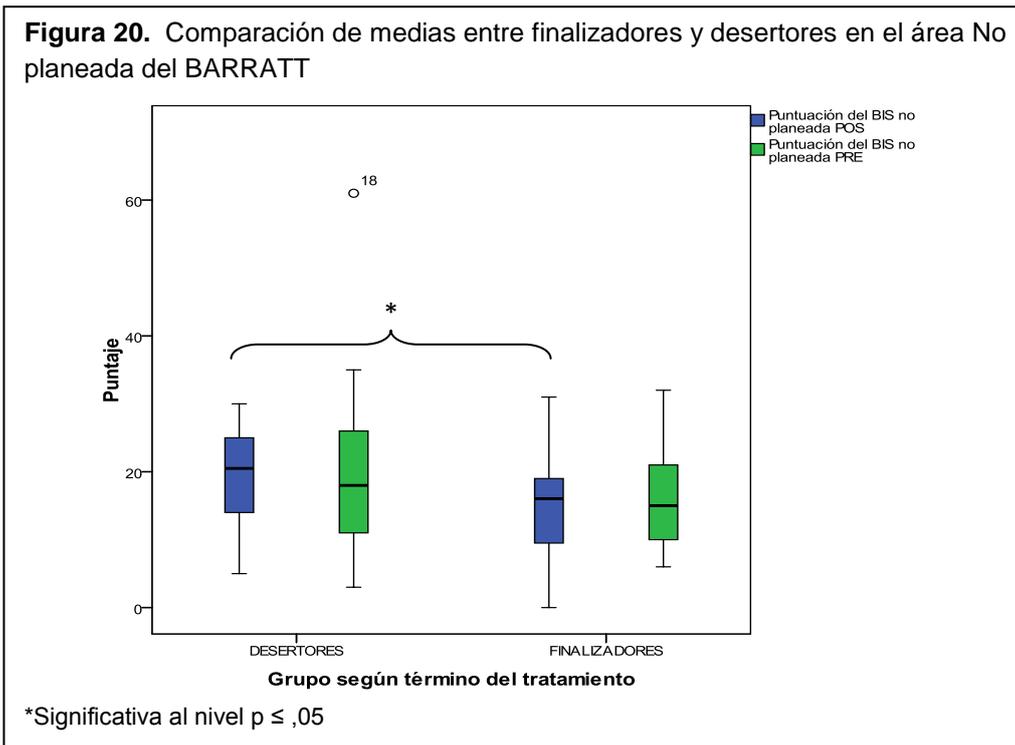


*Significativa al nivel $p \leq ,05$

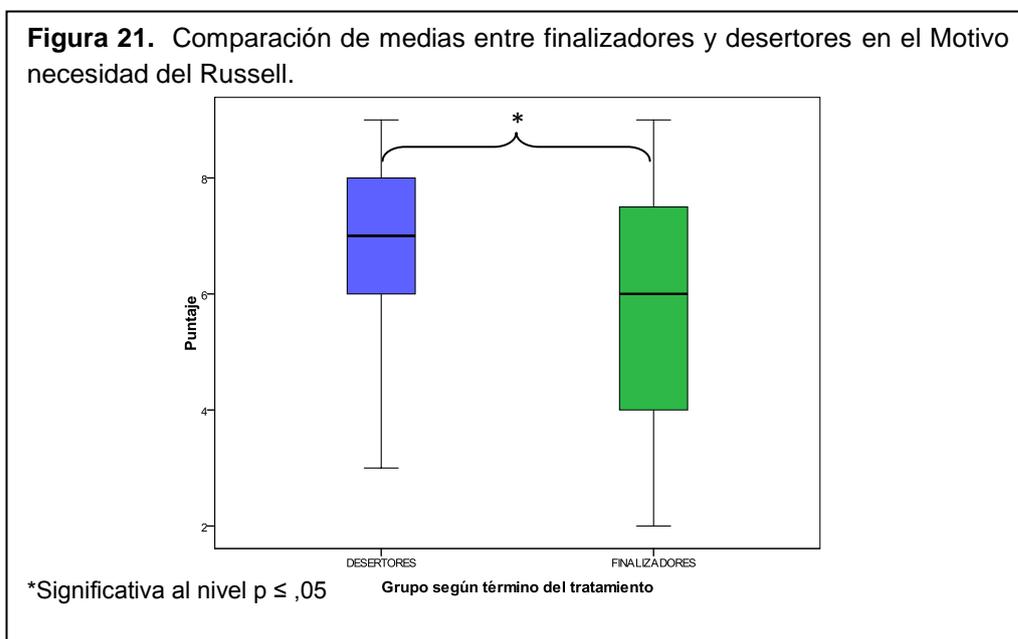
También se hallaron diferencias significativas en el caso de las medias de las puntuaciones de la Prueba para medir sintomatología depresiva (CES-D) de los pacientes finalizadores y desertores, en el cual los pacientes desertores tienen una media más alta (23) que los finalizadores (16) ($\alpha=.052$) antes de ingresar al tratamiento (ver Figura 18).



En la Figura 19 se presentan las medias de ansiedad de la Prueba IDARE de ansiedad rasgo y estado, en donde se hallaron diferencias significativas en las medias de la Puntuación Ansiedad Rasgo entre finalizadores y desertores ($\alpha=.023$), donde los pacientes desertores tienen una media más alta (46) que los finalizadores (40). Así mismo se hallaron diferencias en las medias de la Puntuación de Ansiedad Estado entre los pacientes finalizadores y desertores ($\alpha=.002$), donde los pacientes desertores tienen una media más alta (44) que los finalizadores (36).

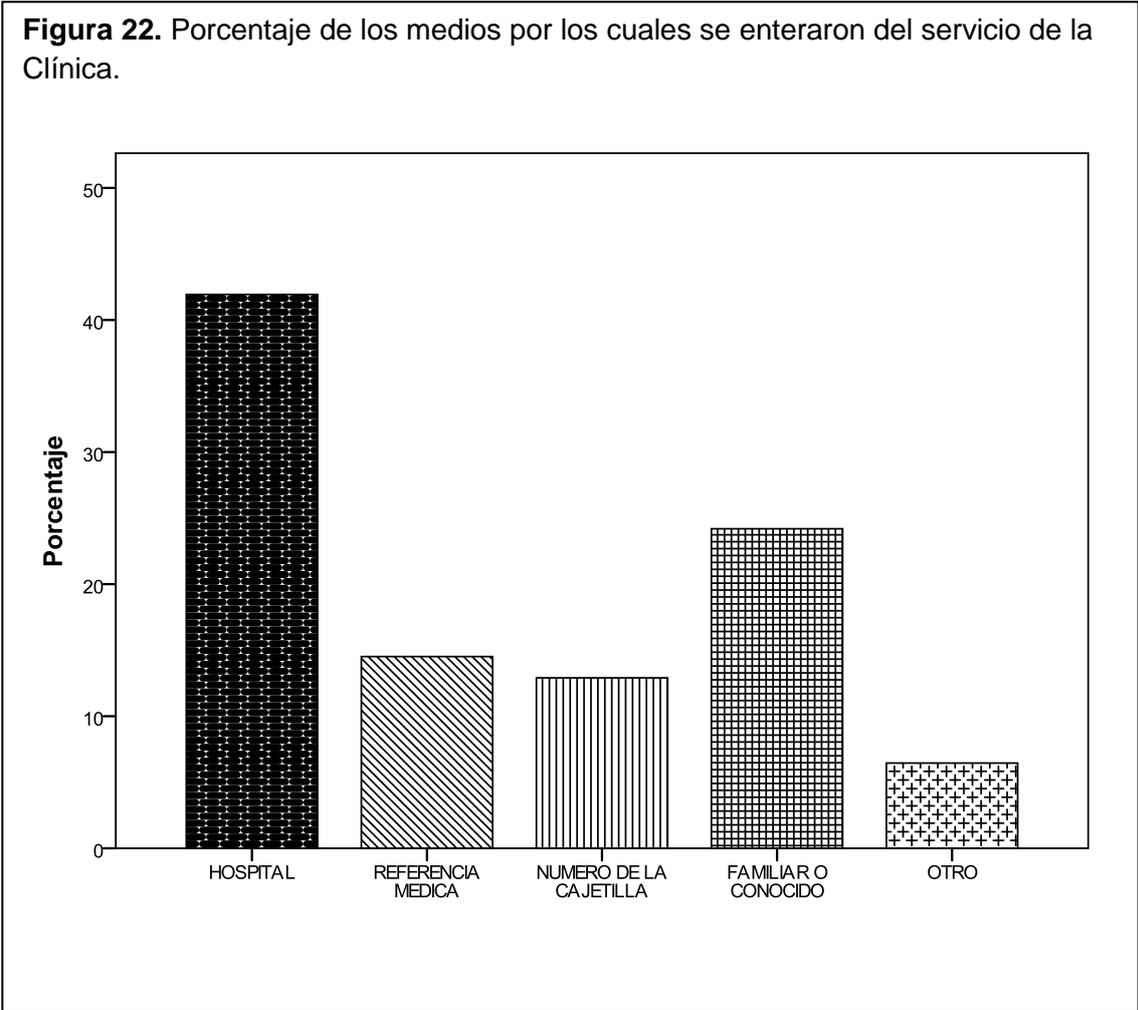


Al comparar las medias de las puntuaciones de la Prueba BARRATT en su área No planeada Pos se encontraron diferencias significativas entre finalizadores y desertores ($\alpha=.030$), donde los pacientes desertores tienen una media más alta (19) que los finalizadores (14) (ver Figura 20).

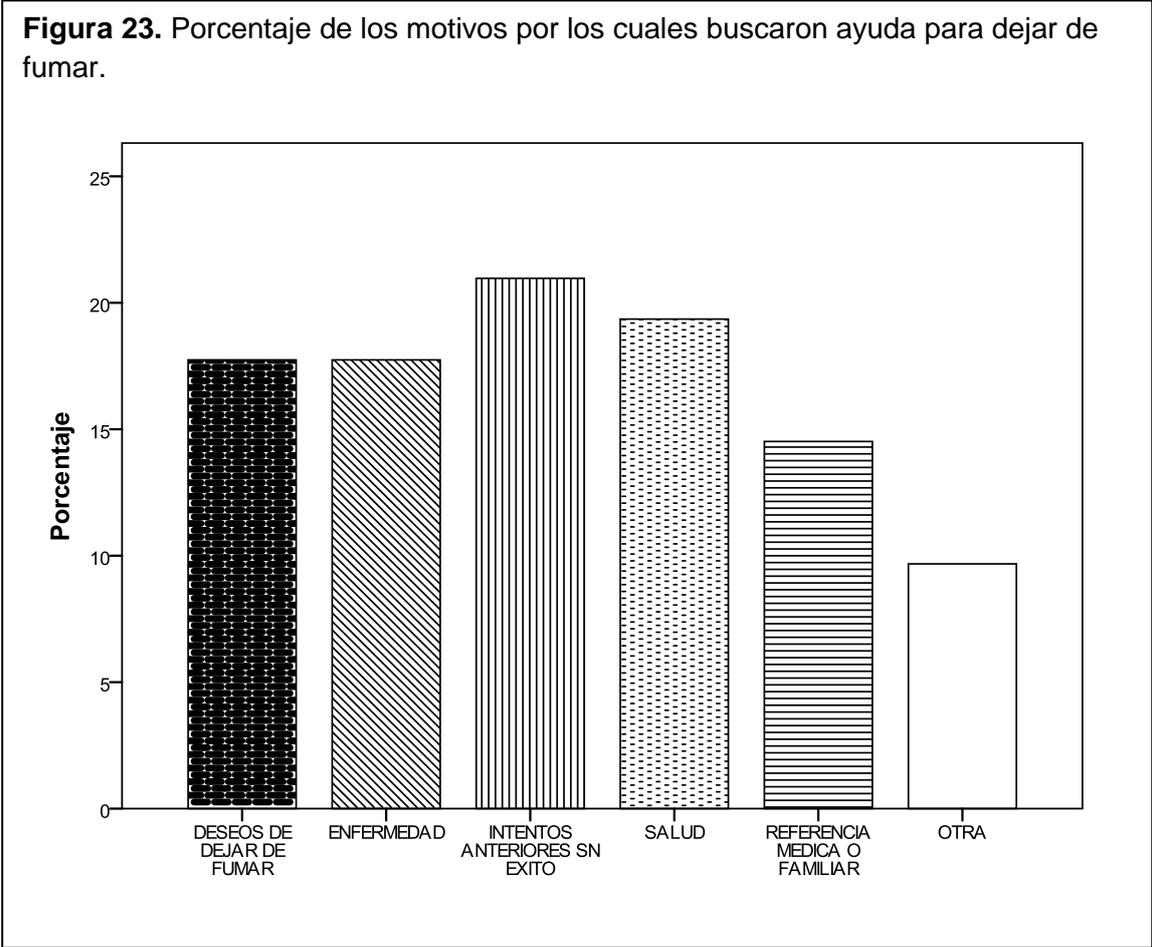


En las medias de las puntuaciones de la Prueba Russell, que mide motivos de fumar, se encontraron diferencias significativas en el motivo necesidad de los pacientes finalizadores y desertores ($\alpha=.030$) en este caso los pacientes desertores (7) tienen una media más alta que los finalizadores (5), (ver Figura 21).

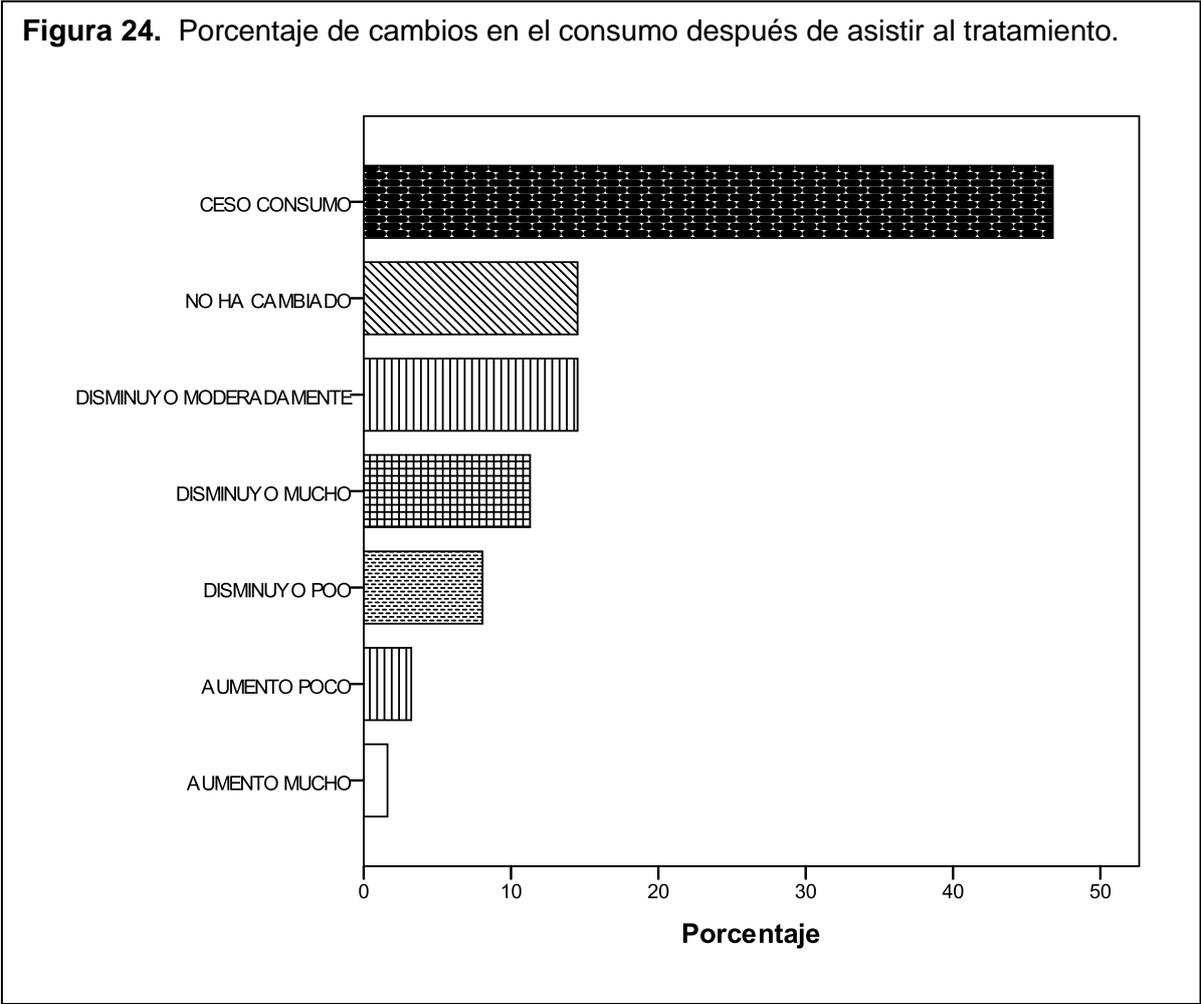
En la Figura 22 se observa que el principal medio por el cual los pacientes se enteraron del servicio de la Clínica es dentro del mismo Hospital (42%), ya sea por medio de algún cartel colocado en los pasillos, en algún consultorio o por las pláticas informativas.



Entre los principales motivos por los cuales los pacientes decidieron buscar ayuda se encuentran haber intentado dejar de fumar con anterioridad y no haberlo logrado (21%), seguido de los deseos de cuidar su salud (19%) y en última instancia mencionaron que su consumo estaba afectando su economía o comenzaron a notar que estaban fumando más (opción otra, 9%) (ver Figura 23).

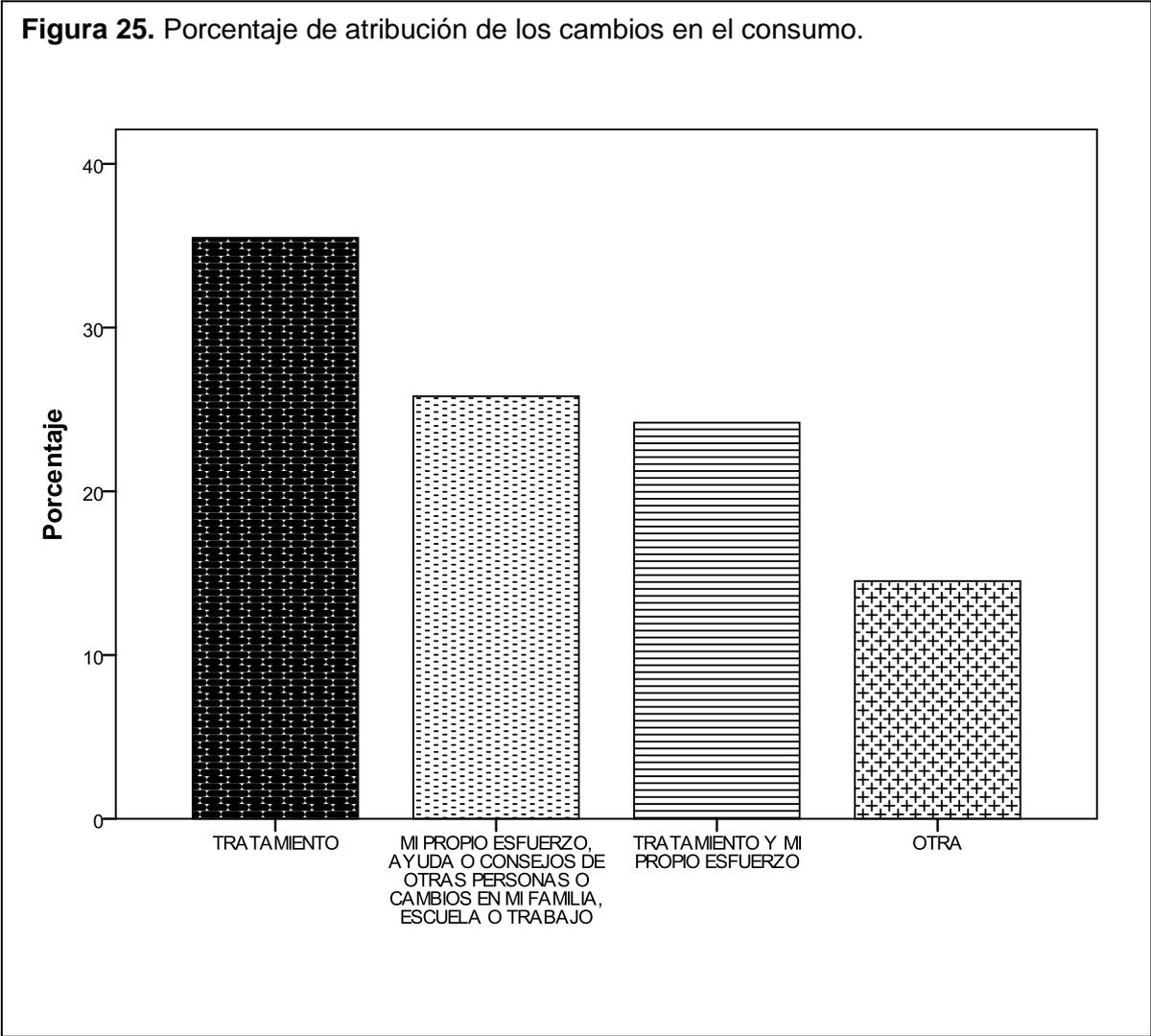


Después de haber asistido a tratamiento en la Clínica el 47% de los pacientes mencionaron que dejaron de fumar, mientras que sólo un paciente (1.6%) refirió haber aumentado su consumo posterior a haber asistido al tratamiento (ver Figura 24).

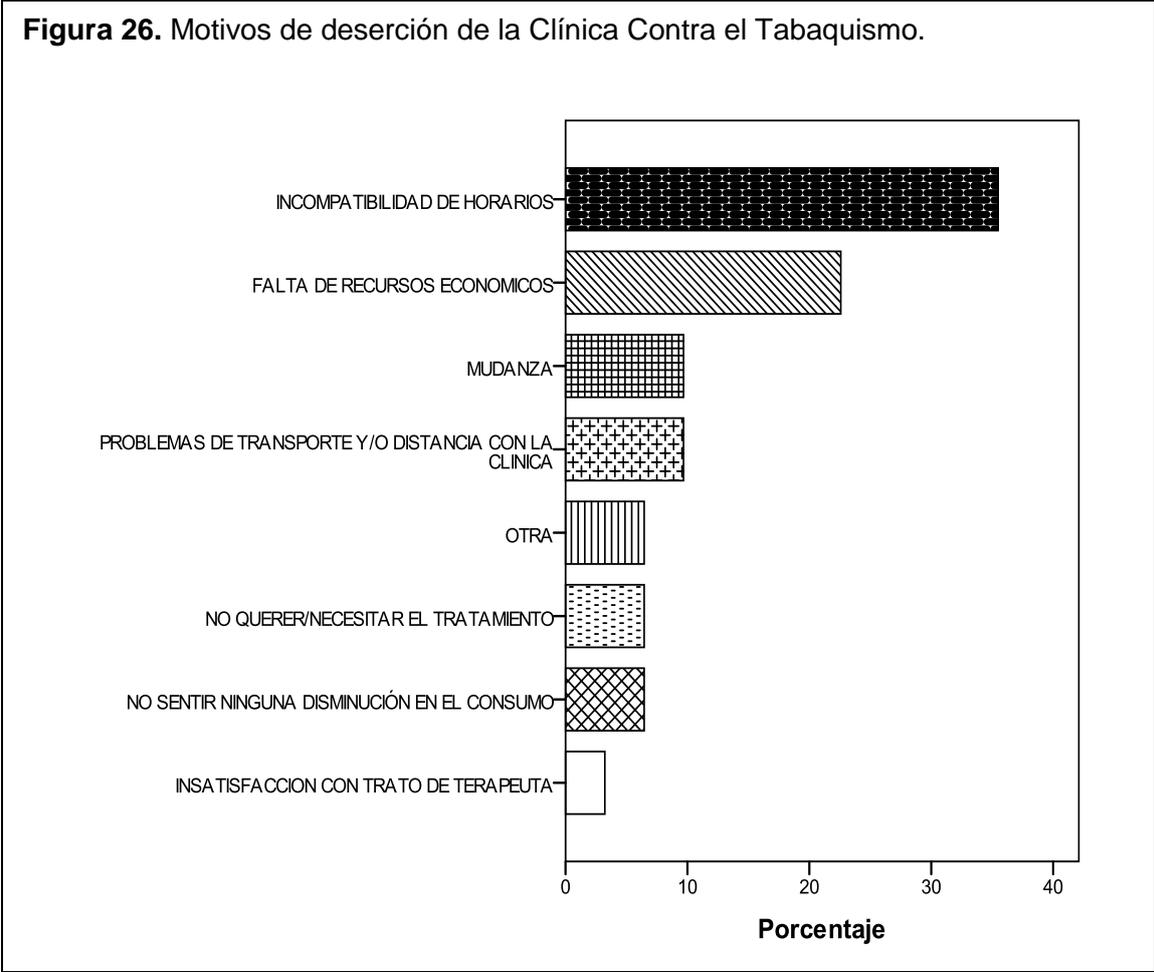


Estos cambios en el consumo de cigarrillos se atribuyen principalmente al Tratamiento recibido en la Clínica Contra el Tabaquismo (35%), mientras que en último lugar los pacientes refirieron alguna otra opción (como tener poca conciencia para dejar de fumar, haber sufrido un infarto, haber dejado de asistir a la Clínica, tener problemas familiares, etc.), (ver Figura 25).

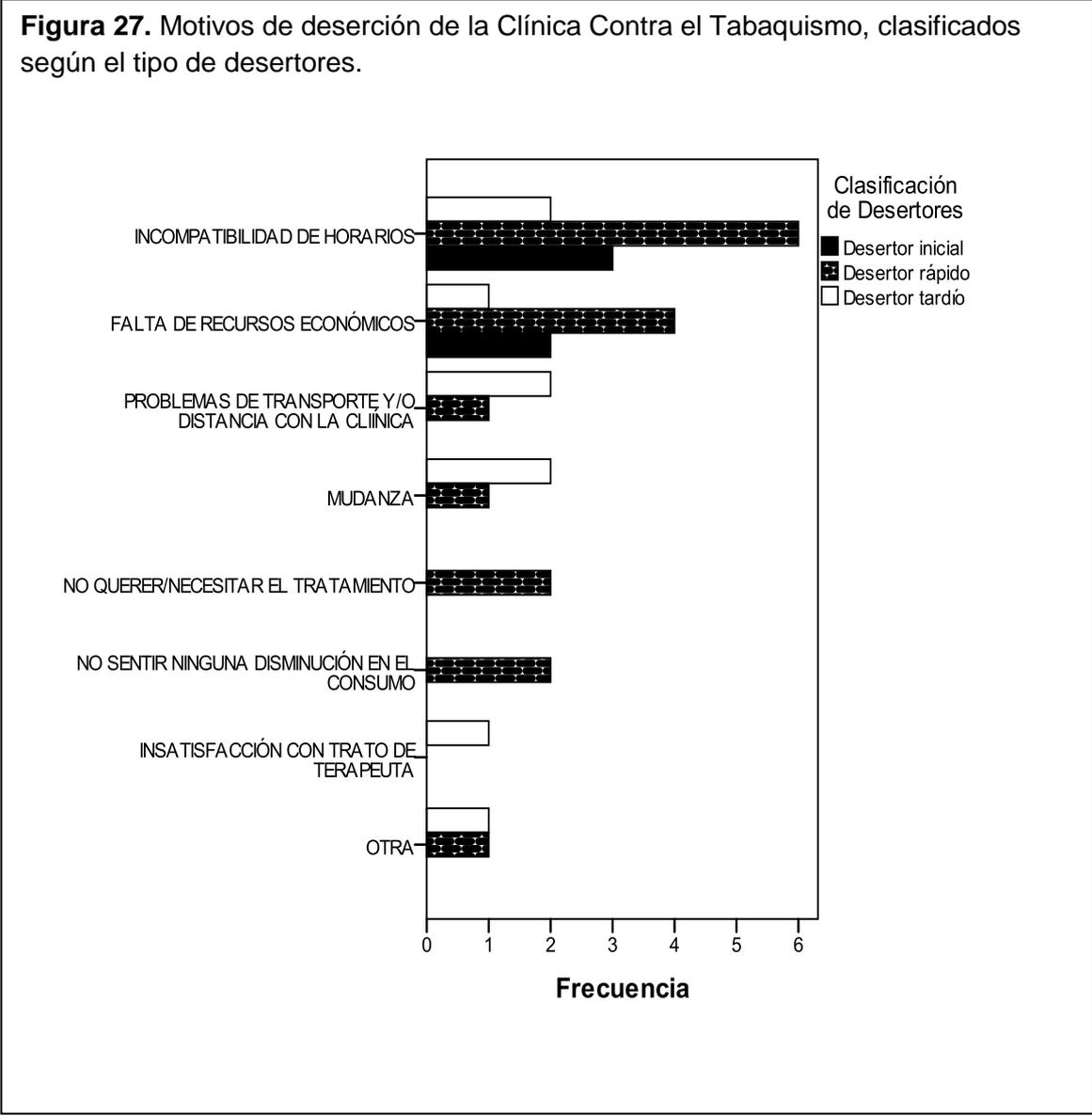
Figura 25. Porcentaje de atribución de los cambios en el consumo.



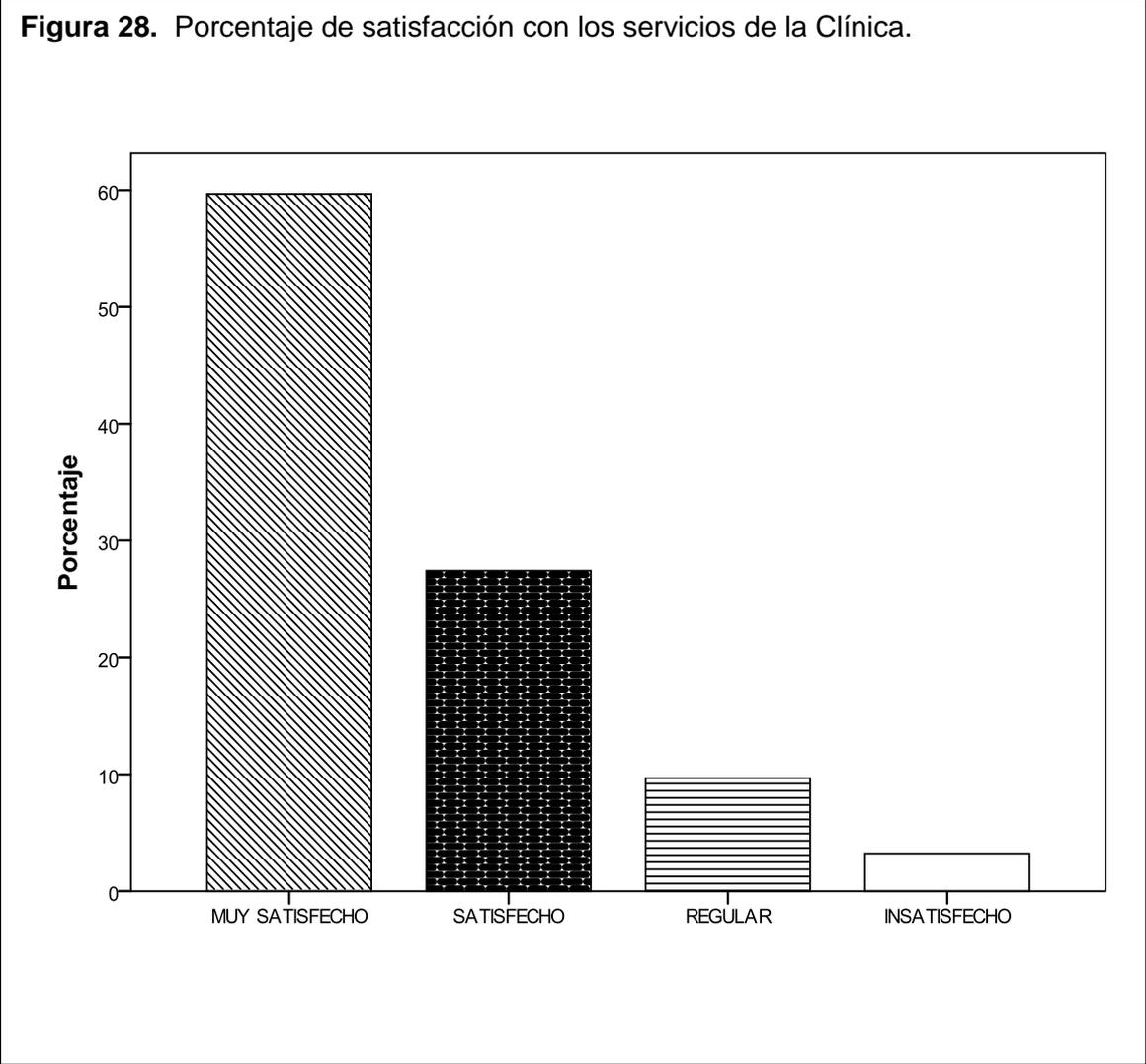
De los pacientes que ingresaron a tratamiento pero no lo concluyeron, mencionaron que fue principalmente por la incompatibilidad de horarios entre sus sesiones con alguna otra actividad (35%), seguido de la falta de recursos económicos (23%) y en última instancia la insatisfacción con el trato de su terapeuta (3.2%) (ver Figura 26).



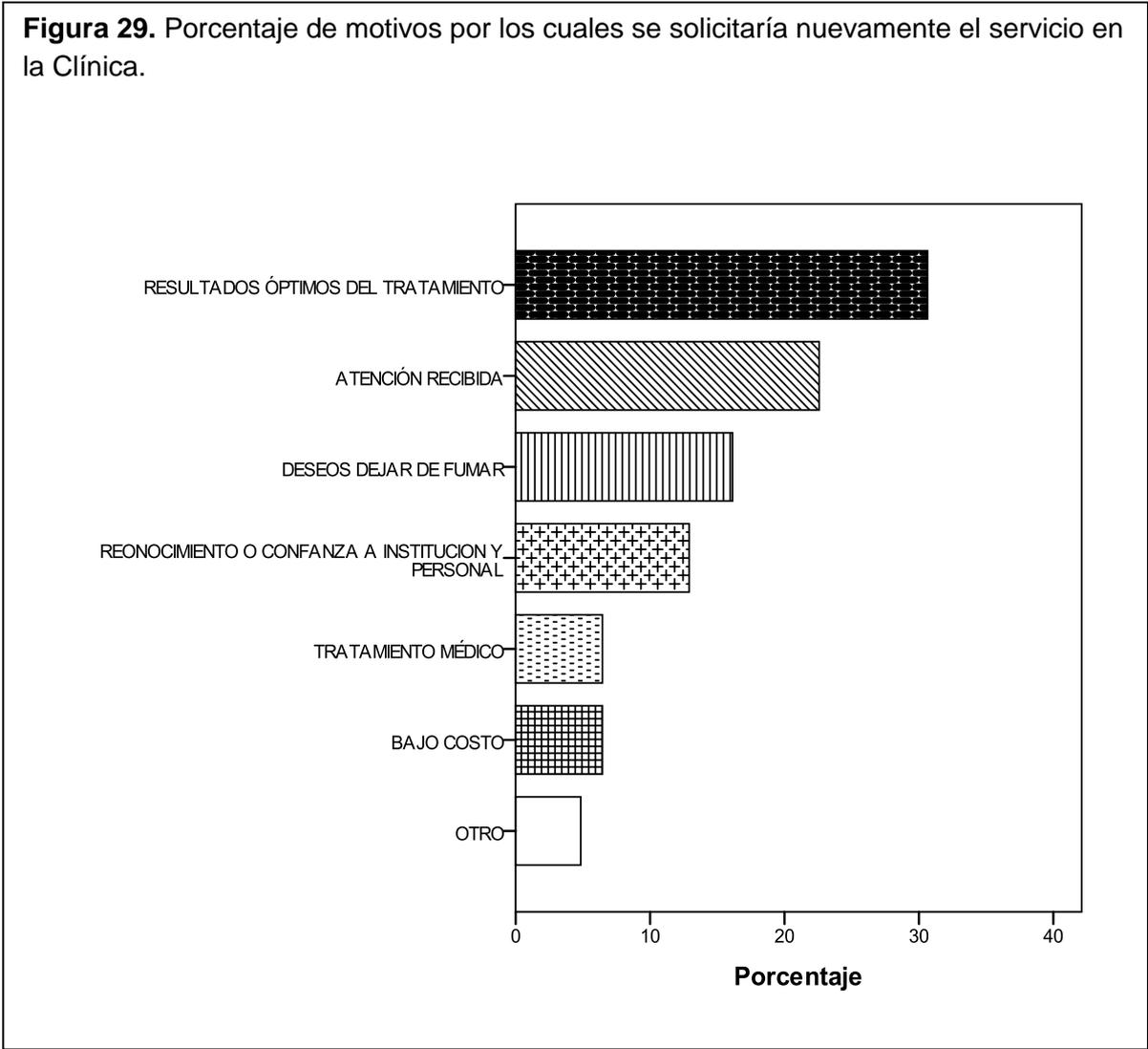
En la Figura 27 se observan los principales motivos por los cuales los pacientes no concluyeron su tratamiento clasificados de acuerdo al tipo de desertores, en ella se puede ver que la incompatibilidad de horarios y la falta de recursos económicos son factores importantes para que los pacientes abandonen su tratamiento, ya que éstos fueron mencionados por los tres tipos de desertores (iniciales, rápidos y tardíos).



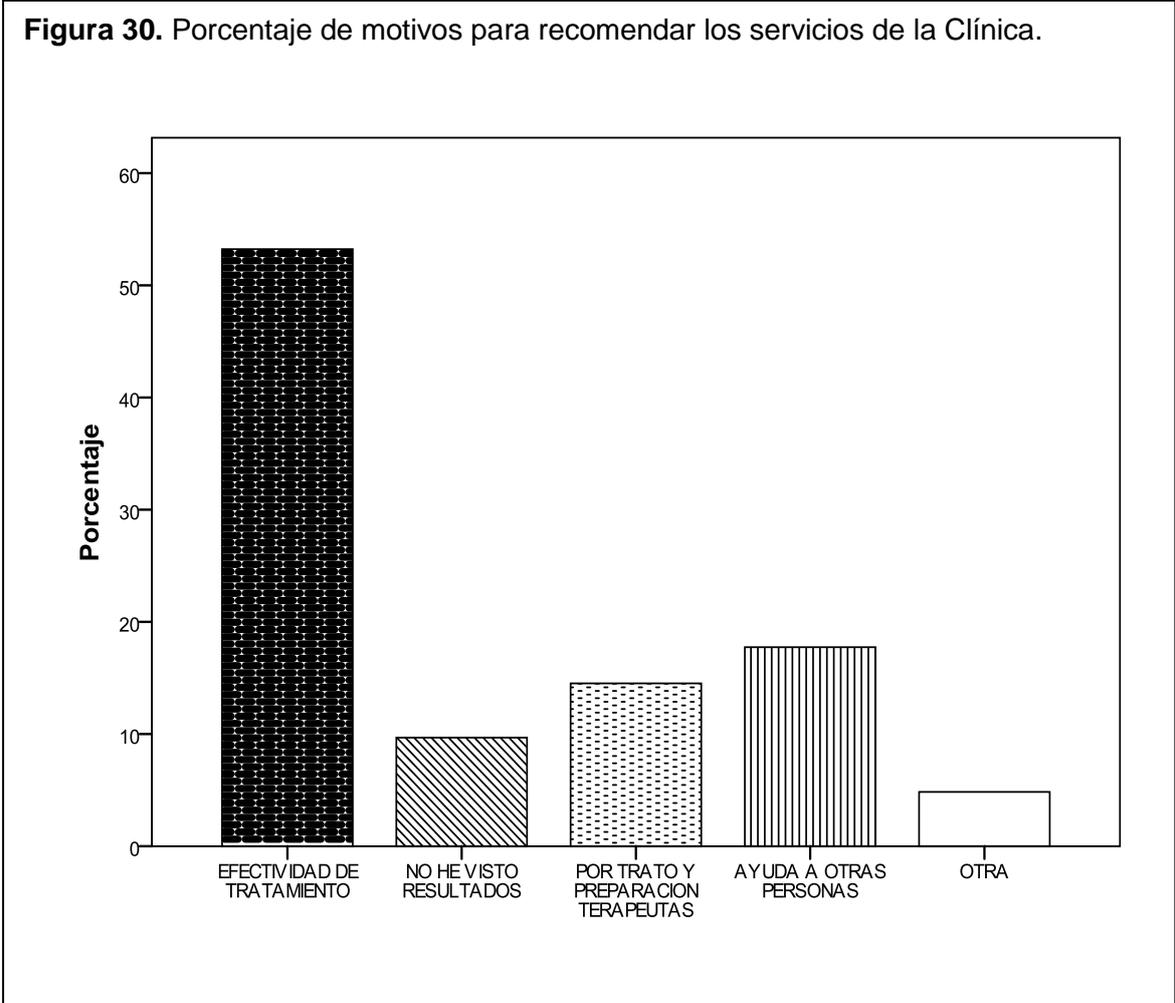
Respecto al grado de satisfacción en que se encuentran los pacientes con los servicios recibidos en la Clínica, la mayoría menciona estar muy satisfechos (60%) mientras que solo dos pacientes refieren estar insatisfechos (3%) (ver Figura 28).



Entre los motivos por los cuales los pacientes regresarían a tomar tratamiento en la Clínica (si volvieran a fumar) se encuentra que es primordialmente por los resultados óptimos que obtuvieron del tratamiento (30%), seguido de la atención recibida durante su tratamiento (23%) y en última instancia mencionaron opciones como el asistir para compartir su experiencia con otros fumadores o para conocer otras técnicas (5%) (ver Figura 29).

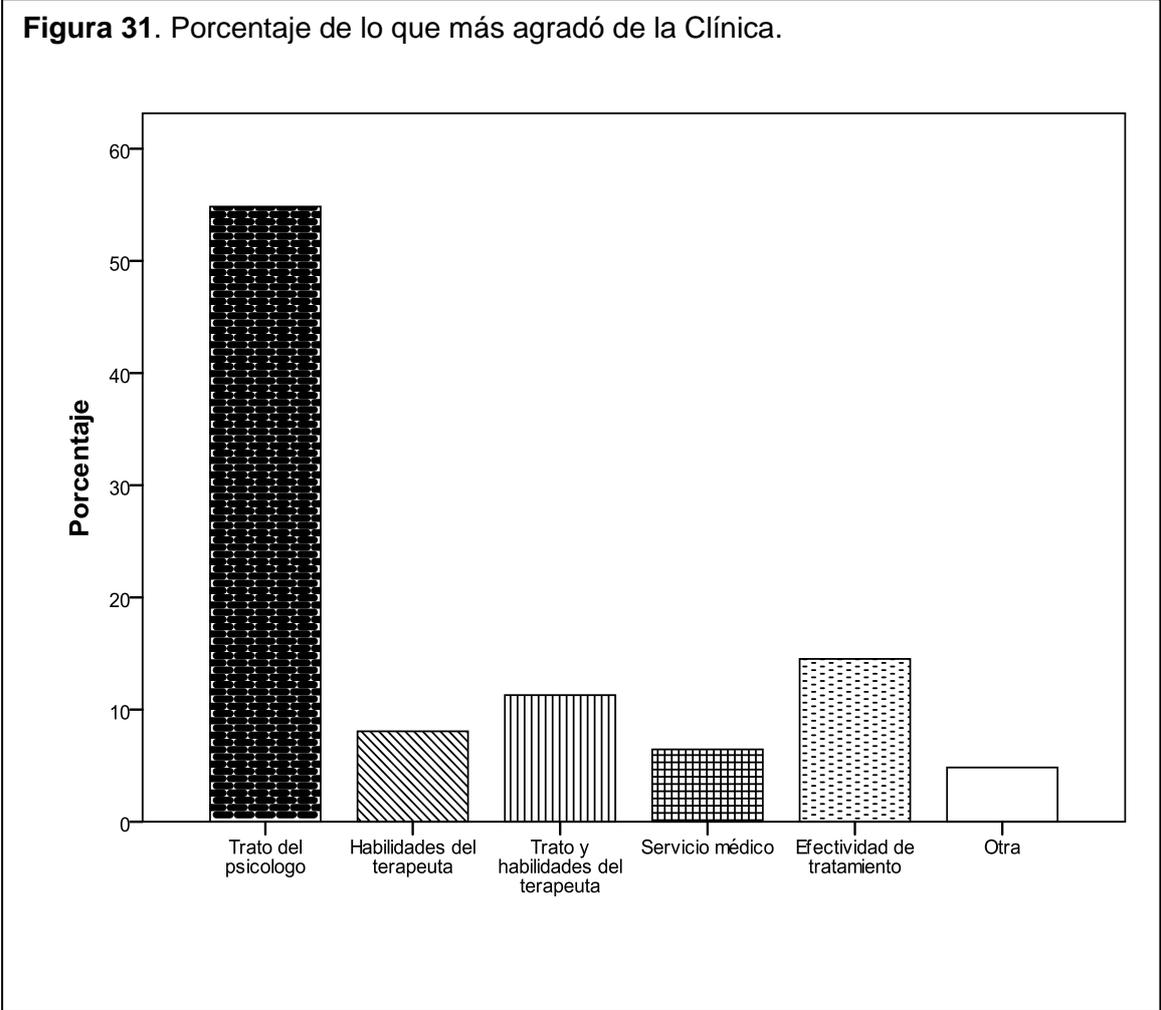


De acuerdo a lo mencionado por los pacientes el principal motivo por el cual recomendaría los servicios de la Clínica es por la efectividad del tratamiento (53%), ya que en su caso les ha funcionado, mientras que una pequeña parte menciona aun no haber visto resultados del tratamiento (9%), por lo que no recomendaría el servicio (ver Figura 30).

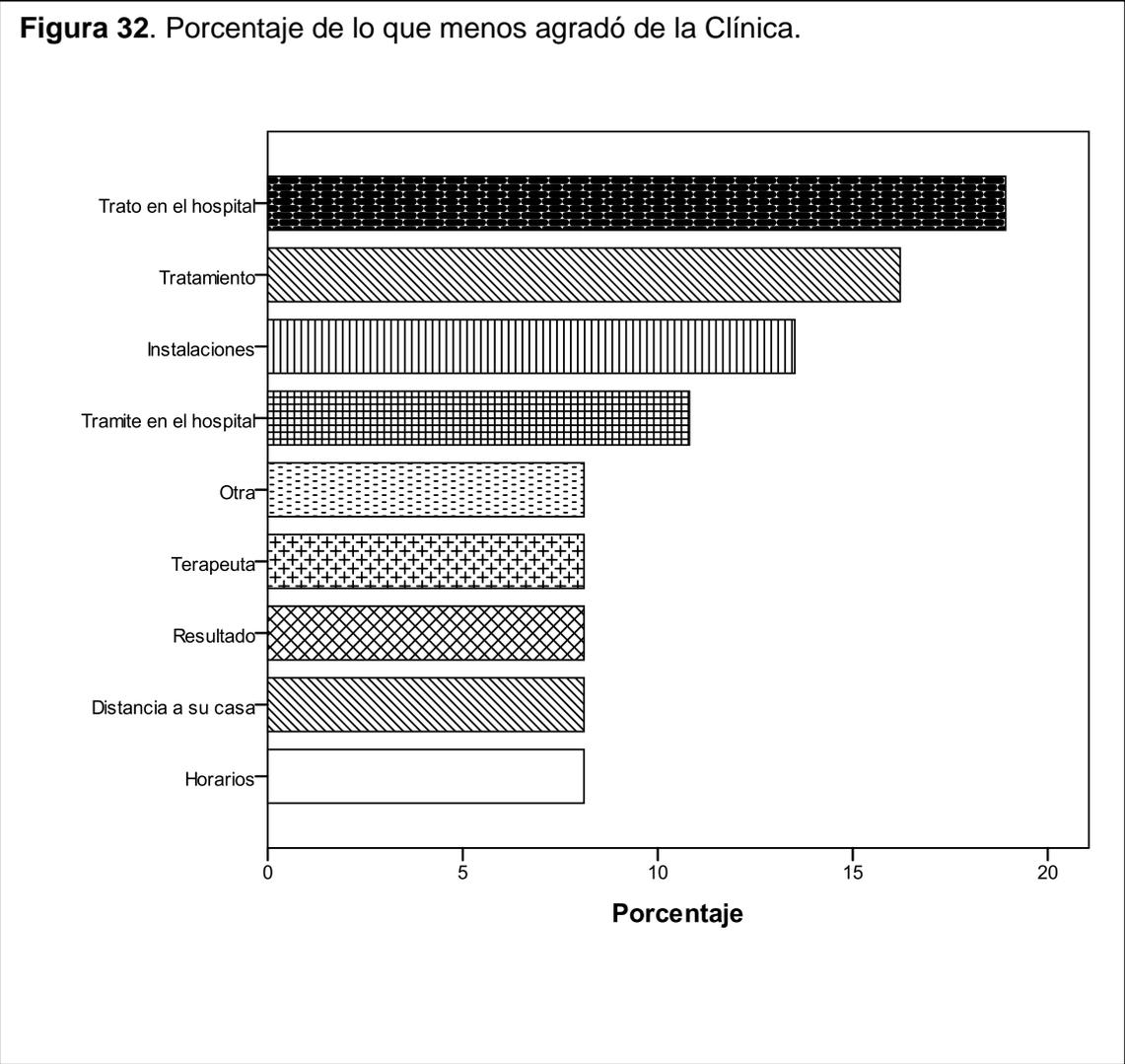


De manera general los pacientes mencionaron que lo que más les agradó de la Clínica fue el trato que les brindó el psicólogo (54%), seguido de la efectividad del tratamiento (14%) y en última instancia refirieron el continuar conociéndose y todos los servicios recibidos (5%) (ver Figura 31).

Figura 31. Porcentaje de lo que más agradó de la Clínica.

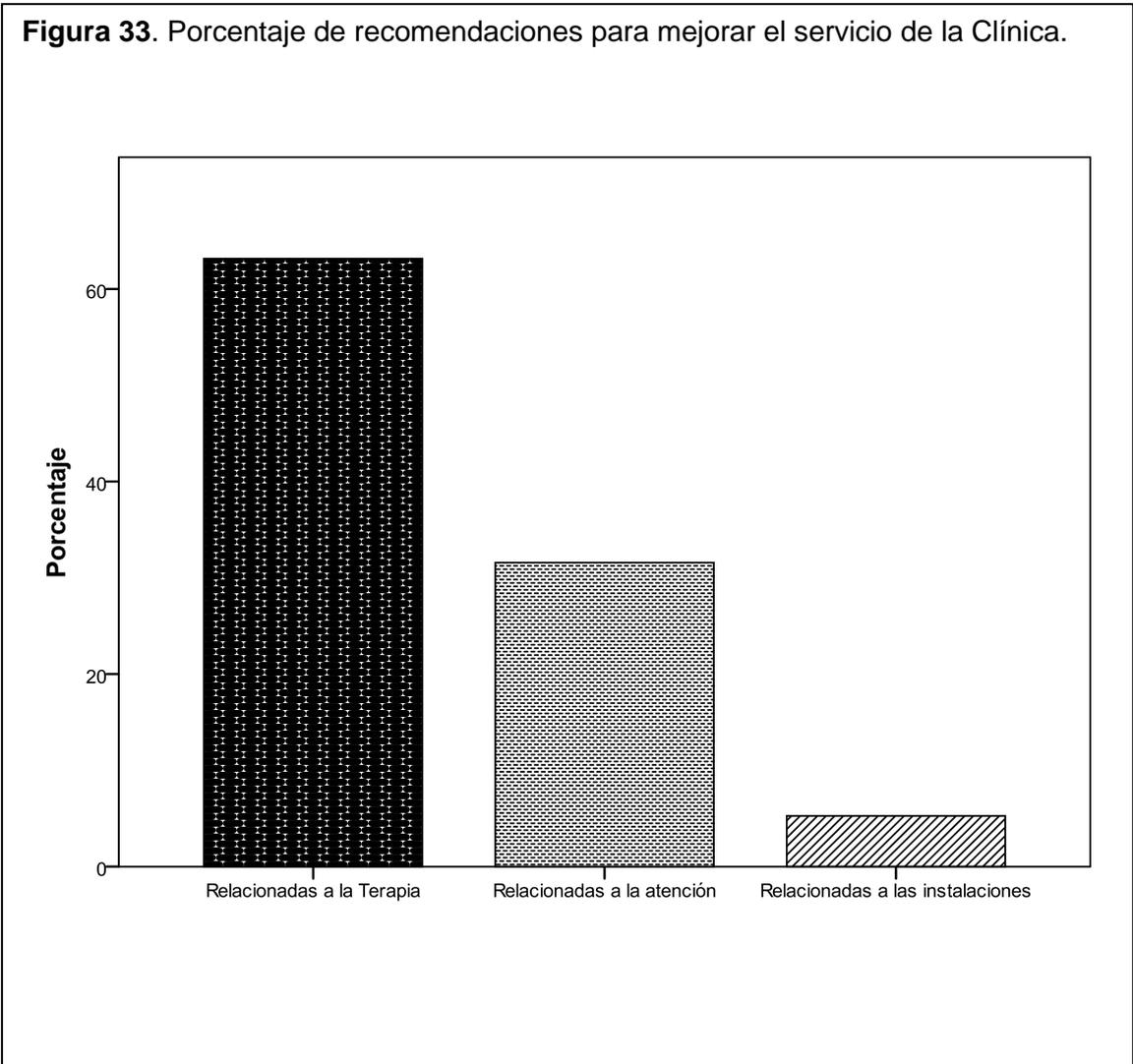


Respecto a lo que menos les gustó de la Clínica, mencionaron con mayor frecuencia el trato en el Hospital (19%), principalmente del personal de trabajo social, de los médicos y enfermeras; en última instancia (con un 8% de cada variable) refirieron lo relacionado con los horarios, la distancia entre el Hospital y su casa, el resultado obtenido o las cuestiones relacionadas a su terapeuta (como impuntualidad o que se cambiara de psicólogo) (ver Figura 32).



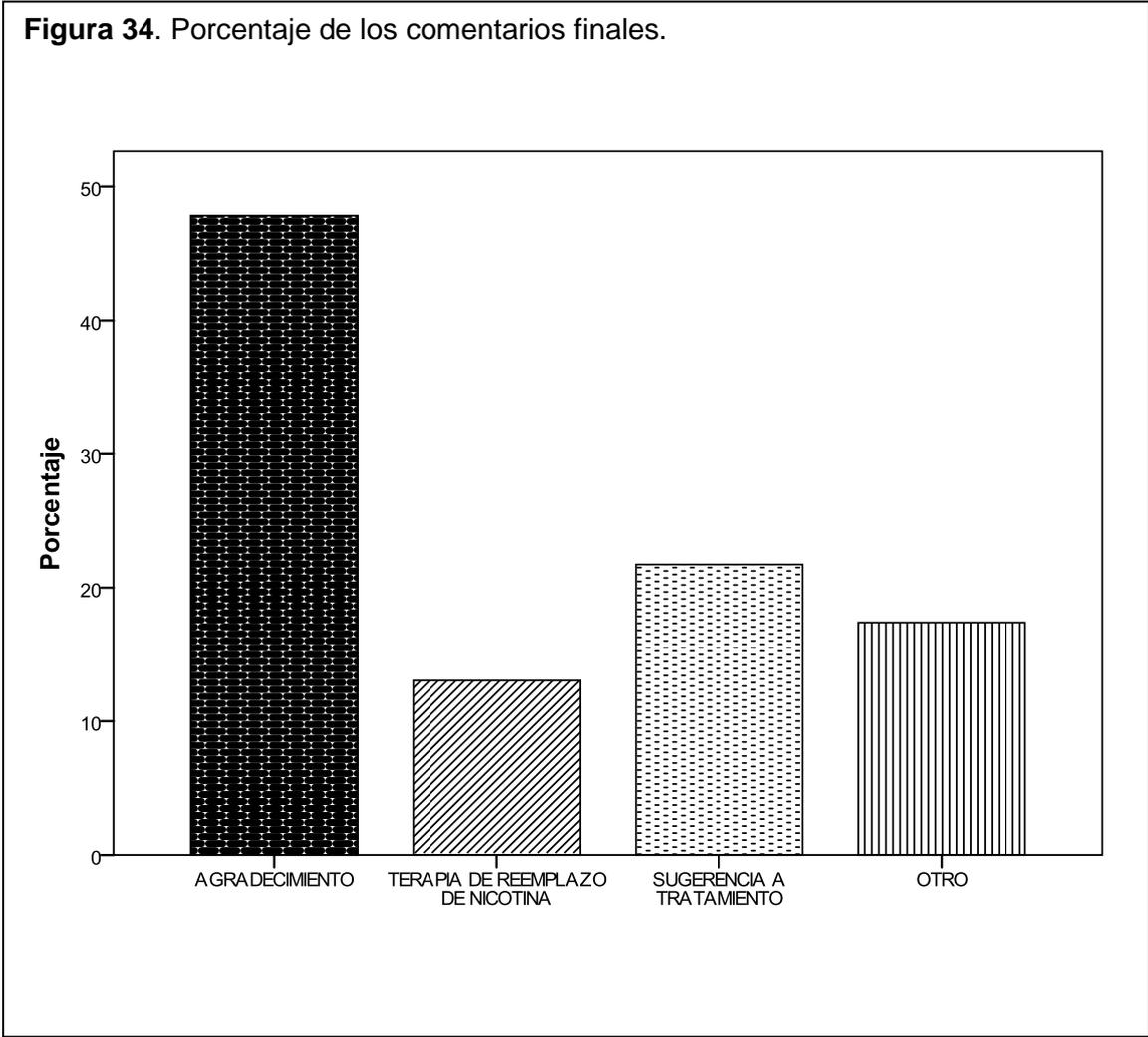
En la Figura 33 se muestra la gráfica de las sugerencias que se realizaron a la Clínica para mejorar el servicio su servicio, donde se encontró que las relacionadas a la terapia fueron las que se presentaron con mayor frecuencia (63%), como mayor duración de tratamiento, realizar llamadas de seguimiento, proporcionar terapia de reemplazo de nicotina, apoyos visuales en las sesiones, entre otras; seguidas de las relacionadas a la atención (32%), como horarios más amplios y el costo del tratamiento ajustado al presupuesto de los pacientes; y por último las relacionadas a las instalaciones (5%), donde sugieren que la Clínica cuente con un aula propia, principalmente para los seguimientos.

Figura 33. Porcentaje de recomendaciones para mejorar el servicio de la Clínica.



Para finalizar, respecto a la satisfacción con el servicio recibido en la Clínica la mayoría de los pacientes mencionó estar muy agradecido con los servicios recibidos en ella (48%), seguidos de los que recomendaron alguna sugerencia al tratamiento (22%), como promocionar más el tratamiento, apoyarse de recursos visuales durante las sesiones e incluir a la familia en el tratamiento; y en último lugar sugirieron que se brinde terapia de reemplazo de nicotina (13%) (ver Figura 34).

Figura 34. Porcentaje de los comentarios finales.



IX.DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue identificar los motivos de deserción del tratamiento psicoterapéutico de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México; y, con base en los cuales formular estrategias de prevención afín de que los pacientes puedan concluir su tratamiento de manera exitosa.

Con base en los resultados de dicho estudio se encontró que del total de pacientes que ingresaron a la Clínica Contra el Tabaquismo el 64% desertó de su tratamiento, este porcentaje es mayor al 50% encontrado en otro estudio realizado en el mismo lugar (Leal et al., 2010), pero es cercano a los índices encontrados en otras investigaciones sobre deserción (Bados, García & Fusté, 2002; Aubrey & Toscova, 1994).

Los principales motivos para el abandono del tratamiento que fueron mencionados por los pacientes son la incompatibilidad de horarios con alguna otra actividad que lleven a cabo, seguida de la falta de recursos económicos, mudanza y los problemas de transporte o distancia con la clínica, así mismo el motivo que mencionaron con menor frecuencia es el de insatisfacción con el trato del terapeuta, lo cual se asemeja con lo reportado con anterioridad (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Alcázar, 2007; Quevedo, 2008).

Estos mismos motivos (la incompatibilidad de horarios y la falta de recursos económicos) fueron los principales motivos para que abandonaran su tratamiento los pacientes desertores iniciales, rápidos y tardíos, por lo cual son puntos importantes a considerar para prevenir el abandono del tratamiento en la Clínica Contra el Tabaquismo.

Al comparar los resultados encontrados en esta investigación con los datos de otros estudios se encontró que dentro de las condiciones socio demográficas solo la edad mostró relación con la manera en que se finaliza el tratamiento, donde los pacientes desertores son más jóvenes que aquellos que finalizan su tratamiento, estos datos coinciden con estudios anteriores (Baekeland & Lundwall, 1975; Pekka, 2002; Leal

et al., 2010; Becoña, 2011). En relación al sexo, la muestra estuvo conformada en mayor medida por mujeres que acudieron a tratamiento para dejar de fumar, lo cual coincide con lo reportado en otros estudios (Leal et al., 2010; Escobar, 2012), no obstante contrario a lo establecido por Baekeland y Lundwall (1975), Leal et al. (2010) y Becoña (2011) no se encontró mayor deserción del tratamiento en el caso de las mujeres. Respecto a su ocupación la mayoría de los pacientes se dedica al comercio sin embargo en esta área tampoco se encontró relación con la forma en que finalizan su tratamiento contrario a lo encontrado en otros estudios (Simpson et al., 1997; Leal et al., 2010; López et al., 2011). En el grado de escolaridad de los pacientes se observó que la mayoría de ellos ha cursado una Licenciatura, pero en este rubro tampoco se encontró que un mayor nivel de educación fungiera como un factor de protección contra el abandono de tratamiento (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Mueller & Pekarik, 2000). Para finalizar en relación a su estado civil la mayoría de los pacientes son casados, pero en esta área tampoco se encontró relación con la deserción como en otras investigaciones (Baekeland & Lundwall, 1975), en este caso lo que se podría suponer es que la implicación activa de la familia (y no sólo de la pareja) en el proceso terapéutico funciona como un factor protector frente al abandono prematuro (Secades & Magdalena, 2000; López et al., 2011).

Dentro de las variables clínicas, en lo referente al estado de ansiedad se observaron diferencias en la evaluación realizada antes de su tratamiento y la que se llevó a cabo después de él en ambos grupos (finalizadores y desertores). Pero aún cuando en la evaluación posterior a su tratamiento los desertores y los finalizadores disminuyeron sus puntajes ésta fue más marcada en los finalizadores de manera grupal. Lo cual podría explicarse por las técnicas de relajación adquiridas durante su tratamiento para dejar de fumar, lo que conlleva a una reducción de la ansiedad, que es más marcada en aquellos pacientes que logran concluir su tratamiento ya que tienen mayor oportunidad de implementar las técnicas adquiridas en su entorno.

Así mismo se encontró que los pacientes desertores presentaron una media más alta en las puntuaciones de ansiedad antes de ingresar a su tratamiento como se ha

podido ver en otros estudios (Ogrodniczuk et al., 2005; Krebs, 2012), lo cual puede ser un obstáculo para que los pacientes no concluyan su tratamiento ya que se ha encontrado que mayores niveles de Sensibilidad a la Ansiedad se relacionan significativamente con mayor severidad de los síntomas de abstinencia de la nicotina experimentados en los días de dejar de fumar (Marshall et al., 2009). Es por esta razón que cobra vital importancia que los terapeutas desde el inicio del tratamiento puedan brindar un ambiente contenedor y facilitador, combinando la exploración con la guía necesaria para que el paciente pueda desarrollar confianza y comprometerse en un proceso que de inicio resulta ser ansiógeno (Krebs et al., 2012).

En cuanto a los estados de depresión se encontró que los pacientes desertores presentaron mayor depresión antes de ingresar a su tratamiento. Lo cual difiere a lo hallado por otros autores (Baekeland & Lundwall, 1975; Escobedo et al., 2007), no obstante podría tener alguna relación con las pruebas que muestran que para aquellas personas que han tenido más de un episodio de depresión, dejar de fumar puede aumentar el riesgo de un nuevo episodio de depresión fuerte (NIDA, 2010), o que los mayores síntomas de depresión se asocian con mayor severidad de los síntomas al dejar de fumar (Sonne et al., 2010), los cuales son factores que posiblemente impidan a las personas abandonar el cigarro, y por tanto concluir su tratamiento.

En relación a la impulsividad no se hallaron diferencias en los puntajes totales de los pacientes desertores y los finalizadores; sin embargo sí se encontraron diferencias significativas en las medias de las puntuaciones en el área de la Impulsividad No Planeada, en donde los pacientes desertores tienen una media más alta que los finalizadores, por lo que se apoya a otros estudios que asocian que aquellos pacientes que presentan mayor impulsividad son más propensos a abandonar el tratamiento (Woodside et al., 2004 & Lewis, 2007), ya que posiblemente no observen los beneficios a futuro que podrían obtener de finalizar su tratamiento y sólo se centran en ver los resultados actuales, los cuales pueden diferir de sus expectativas que pueden estar dirigidas hacia una reducción de su consumo de cigarrillos de manera rápida.

En lo que concierne a los puntajes en la prueba Fargestrom no se encontró que aquellos pacientes que presentaran mayor nivel de dependencia a la nicotina desertaran de su tratamiento como se había reportado en otras investigaciones (Daughters, 2005; Fargestrom, 1978). No obstante lo que sí se encontró fue que los pacientes desertores presentaron mayor nivel de dependencia después de haber acudido a tratamiento, así mismo se observaron diferencias significativas en el PRE y POS de los finalizadores, lo que puede explicarse debido a que la mayor parte de los pacientes finalizadores dejó de fumar durante su tratamiento y la mayoría de ellos permanecían en abstinencia, lo cual se corroboró al comparar el número de cigarros que fuman actualmente los pacientes, en donde se encontró que los pacientes desertores fuman más cigarros que los finalizadores.

Por lo que respecta al número de sesiones asistidas se identificó que los pacientes finalizadores asisten en promedio a 7.6 sesiones en comparación a las 3.81 a las que asisten los desertores. De acuerdo al Manual establecido en la Clínica Contra el Tabaquismo el tratamiento tiene una duración de 8 sesiones, por lo cual los pacientes finalizadores cumplen con el Tratamiento establecido en dicho lugar, mientras que los desertores se quedan casi a la mitad de su tratamiento. Sin embargo este número de sesiones asistidas por los desertores es cercana a otros índices encontrados en otros estudios realizados aquí en México, no obstante éstas resultan ser insuficientes para un abordaje efectivo (Alcázar, 2007; Escobedo et al., 2007).

Además aún cuando cerca de la tercera parte de los pacientes han recibido tratamiento para dejar de fumar (principalmente médico haciendo uso de algún tipo de Terapia de Reemplazo de Nicotina) no se encontró relación entre haber recibido un tratamiento previo para dejar de fumar y si desertan o no de su tratamiento, probablemente porque a los fumadores les resulta difícil abandonar su hábito sin ayuda, y la mayoría debe recurrir a ella para superar su dependencia (OMS, 2012), por lo que un tratamiento médico no basta para superar su adicción ya que un adecuado tratamiento psicológico brinda al paciente la posibilidad para desarrollar habilidades y organizar sus propias estrategias para enfrentar el consumo (Fernández, 2010).

Se encontró también que la mayoría de los pacientes consumen además del cigarro alguna otra sustancia adictiva siendo el alcohol la más frecuente; no obstante en este estudio no se encontró relación entre el consumo de otras drogas y la deserción del tratamiento como se ha visto en otras investigaciones (Daughters, 2005; López et al., 2011). Así mismo se identificó que casi todos los pacientes conviven con personas fumadoras, sin embargo de acuerdo a este estudio esta variable tampoco tuvo relación con la deserción del tratamiento como se ha reportado en otros estudios (Pekka, 2002).

Respecto al grado de satisfacción con los servicios recibidos en la Clínica Contra el Tabaquismo, el 47% de los pacientes refirió haber dejado de fumar durante su tratamiento y la mayoría de ellos atribuye los cambios de su consumo al tratamiento recibido en la Clínica Contra el Tabaquismo, que al contar con un Manual estructurado para cada sesión permite a los terapeutas tener una ruta a seguir con cada uno de sus pacientes, por lo que puede llegar a aligerar las sensaciones de confusión y constante cuestionamiento acerca de si siguieron la ruta adecuada con el caso que se va (Sánchez, 2011).

Además la mayoría de los pacientes mencionaron estar muy agradecidos y satisfechos con los servicios recibidos en la Clínica Contra el Tabaquismo, por lo que estarían dispuestos a regresar a dicho lugar para retomar el tratamiento de ser necesario; ya que el resultado óptimo que obtuvieron en él y la atención recibida serían los principales motivos para no tener que buscar ayuda en algún otro lugar y por tanto para recomendar el servicio a otras personas.

De manera general los pacientes mencionaron que lo que más les agradó de la Clínica fue el trato que les brindó el psicólogo, seguido de la efectividad del tratamiento, este dato es llamativo ya que casi la mitad de los pacientes dieron mayor importancia al trato recibido más que a la efectividad del tratamiento, lo cual recalca la importancia de que una buena relación entre el terapeuta y el paciente, así como la identificación positiva del consultante con su terapeuta y el diálogo claro y abierto entre ambas partes condicionan en gran medida una adherencia correcta

para trabajar en la consecución de las tareas comunes establecidas (Sterba, 1940; Puente, 1985). Es por esta razón que el desarrollo de la alianza terapéutica temprana, activa la resolución de problemas de las barreras potenciales para asistir al tratamiento, lo cual puede aumentar la retención en el mismo (López et al., 2011).

Contrario a ello, lo que menos les gustó fue el trato recibido en el Hospital, principalmente del personal de trabajo social, de los médicos y las enfermeras, este punto es muy importante ya que la Clínica al encontrarse dentro de las instalaciones del Hospital se ve influenciada por estos otros factores, que terminan afectando el resultado del tratamiento ya que se ha encontrado que la conducta negativa del personal de salud (como son las recepcionistas, las trabajadoras sociales, las enfermeras y los médicos) que tratan agresiva o negligentemente al enfermo motivan que éste no vuelva a su próxima consulta (Cicero & Ramírez, 1985).

Algo también importante es que aún cuando los pacientes mencionaron que el tratamiento es efectivo las sugerencias realizadas a la Clínica para mejorar su servicio se centraron en las relacionadas a la terapia, en donde se propuso mayor duración de tratamiento, realizar llamadas de seguimiento, proporcionar terapia de reemplazo de nicotina y apoyos visuales en las sesiones.

Con base en ello se sugiere que para prevenir la deserción la Clínica Contra el Tabaquismo se creen horarios más amplios afín de que los pacientes tengan mayor oportunidad de poder asistir. Respecto a las variables del tratamiento se propone implementar cursos de inducción para los estudiantes que llegan a realizar prácticas profesionales o servicio social para que conozcan el tratamiento que se lleva a cabo en dicho lugar, crear sesiones de caso en donde los terapeutas puedan exponer sus dudas sobre el tratamiento que están llevando con sus pacientes, cuya finalidad es recibir retroalimentación de los terapeutas adscritos a dicha institución y fomentar el aprendizaje y participación de sus demás compañeros. En estas mismas sesiones podían presentarse temas que intervienen en el consumo de tabaco (como los estilos de vida saludables, emociones, las Teorías del aprendizaje, Técnicas de relajación, etc.), donde la labor de los terapeutas sería investigar sobre estos temas

y crear materiales visuales que puedan ser utilizados como herramientas durante las sesiones posteriores con sus pacientes.

También es importante considerar la posibilidad de brindar herramientas para desarrollar una alianza terapéutica temprana, detección de la etapa de cambio en la que llegan los pacientes a solicitar informes o a su entrevista para que su consumo pueda ser abordado desde esta fase y ajustar el tratamiento a cada uno de los pacientes que atienden, donde tomen en cuenta los resultados obtenidos en las pruebas de ansiedad, depresión e impulsividad, cuyos puntajes altos están relacionados al abandono del tratamiento.

X. CONCLUSIÓN

La deserción del Tratamiento para dejar de fumar produce consecuencias no solo para las personas que fuman sino también para los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc., quiénes no sólo sufren los desgastes económicos que ello trae sino que ven afectada su salud de manera considerable, por lo que ésta área es la más importante a tomar en cuenta al hablar del consumo de tabaco. Es por esta razón que una buena adherencia al tratamiento y la finalización del mismo pueden dar mayor oportunidad a los pacientes a que dejen de fumar y obtener grandes beneficios de ello, ya que brindan la posibilidad de adquirir mayores herramientas para cesar su consumo o mantenerse en abstinencia.

Por tal motivo en este estudio se investigaron los motivos relacionados a la deserción del Tratamiento para dejar de fumar en la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México y, con base en las cuales generar estrategias, afín de que los pacientes finalicen su tratamiento. Los resultados de este estudio sugieren que los pacientes abandonan su tratamiento principalmente por la incompatibilidad de horarios de la Clínica con otras actividades que llevan a cabo, y la falta de recursos económicos. Así mismo, se encontró que otros factores como una menor edad, mayores puntajes en ansiedad, depresión e impulsividad están relacionados a la deserción del tratamiento.

Aún cuando los pacientes mencionaron estar muy satisfechos y agradecidos con el resultado óptimo del tratamiento, las sugerencias realizadas a la Clínica fueron encaminadas a mejorar la terapia, por lo que pareciera ser que el trato y las habilidades del psicólogo son un elemento fundamental para poder alcanzar las metas establecidas entre ambos y que los pacientes no abandonen su tratamiento. Estos hallazgos plantean la necesidad de ampliar el horario de atención de la Clínica, mejorar el tratamiento (ajustándolo a cada paciente, proporcionando recursos visuales en las sesiones, haciendo revisión continua de los casos por parte de los terapeutas certificados en dicha institución), así como de dotar a los terapeutas en formación de herramientas que les permitan desarrollar una alianza terapéutica temprana afín de retener a los pacientes y que logren finalizar su tratamiento.

XI.RECOMENDACIONES

Se sugiere que en futuras investigaciones se utilice una muestra más amplia de participantes y que se exploren otras áreas que no se revisaron en este estudio como su motivación, la etapa de cambio en la que llegan los pacientes, nivel socioeconómico, la implicación de la familia sobre el tratamiento y las expectativas de los pacientes al momento de ingresar. Así mismo, en el caso de los terapeutas también se recomienda una muestra más grande en donde haya más variabilidad para que puedan ser analizadas las variables del terapeuta relacionadas a la deserción de sus pacientes como el sexo, la edad, su experiencia académica y profesional. Además se propone analizar la deserción en otros lugares donde de igual manera se proporcione tratamiento para dejar de fumar y poder comparar otros aspectos institucionales que pueden interferir en el abandono del tratamiento como el trámite que se requiere para ingresar a él y el trato con el personal que labora ahí como las trabajadoras sociales, enfermeras, médicos y el personal de vigilancia. Para finalizar a la Clínica Contra el Tabaquismo se le sugiere llevar a cabo las recomendaciones realizadas en este estudio y posteriormente comparar la deserción para evaluar los posibles cambios en ella.

XII. REFERENCIAS

- Abengózar, M. R. (2006). Valoración del fumador. En R. M., Abengózar, F. G., Camarrelles & J. M., Díaz-Maroto (Eds.), *Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje del Tabaquismo* (23-47). Madrid: International Marketing & Communication (IM&C).
- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Alcázar, R., Deffenbacher, J., Hernández, L., Sharma, B. & Chaussée, M. (2010). The Impact of Perceived Therapist Characteristics on Patients Decision to Return or Not Return for More Sessions. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(3), 415-426.
- Alonso, F., Secades, R. & Duarte, G. (2007). ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar?. *Trastornos adictivos*, 9 (1), 21-30.
- Alterman A., Gariti P., Cook T. & Cnaan A. (1999). Nicodermal patch adherence and its correlates. *Drug Alcohol Dependence*, 53(2), 159–65.
- Álvarez, G. F. (2003). El tabaquismo como problema de salud pública. En M. Barrueco, M. Hernández & M. Torrecilla (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (pp. 27-68). Madrid: ERGON.
- Álvarez, A. S., Benito, F. B., Del Castillo, S. E. López, D. M. & Viadero, C. L. (2007). *Formación en tabaquismo en para personal educativo*. Cantabria (España): Gobierno de Cantabria.
- American Cancer Society (2012). *Preguntas acerca del hábito de fumar, el tabaco y la salud*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002973-pdf.pdf>
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), 2012. *Guía para dejar de fumar*. Madrid, España.

- Aubrey, L., Toscova, R. (1994). Treatment characteristics of substance abusing adolescents with comorbid affective or behavior disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 18, 507 (resumen).
- Bados, A., García, E. & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical Review. *Psychological Bulletin*, 85(5), 738-783.
- Barrantes, M. E., Cortés, M. M., Ruiz, M. E. & Ferrer, A. J. (2005). *Prevención del Tabaquismo: Análisis de una intervención de Educación para la Salud en Centros Educativos de Extremadura*. España: Printex.
- Beck, A., Steer, R. & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3), 1455-1458.
- Becoña, I. E., Palomares, A.; García, M. P. (2000). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. España: Pirámide.
- Becoña, C. (2011). *Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis*. Tesis de Doctorado. Universidad Internacional de Catalunya. España.
- Becoña, I. E. (2004). *Guía Clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. España: Socidrogalcohol.
- Bello, S., Michalland, S., Soto, M., Contreras, C. & Salinas J. (2005). Efectos del humo de tabaco ambiental en no fumadores. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 21, 179-192.

- Bello, S., Flores, A. & Bello, M. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 24, 127-137.
- Botella, L. & Corbella, S. (marzo, 2011). Alianza Terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.
- Chávez, D. R., Ilarraza, L. H. & Martínez, R. M. (2010). Tabaquismo y sistema cardiovascular. En M. M. Medina (Ed.), *Tabaquismo en México, ¿Cómo evitar 60000 muertes prematuras cada año?* (pp.329-375). México: El Colegio Nacional.
- Cicero, R. & Ramírez, C. E. (1985). Implicaciones y repercusiones para el paciente neumológico por la falta de cumplimiento a su tratamiento. En F. Puente (Ed.), *Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México* (pp. 21-32). México: Trillas.
- Daughters, B. S. (2005). *Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility* (Tesis doctoral)., Universidad de Maryland, College Park (E.U.)
- Derisley, J. & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 371-382.
- Díaz, D. D. (2011). *Factores asociados al abandono del tratamiento de adicciones en pacientes varones de un Hospital Psiquiátrico infantil* (Tesis Especialidad). UNAM, México.
- Dirección General Adjunta de Programas Centrales (2010). *Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/programas/tabaco/archivos/guia_tratamiento_tabaquismo.pdf

- Domínguez, B. (1985). Investigación psicológica-conductual y adherencia terapéutica. En F. Puente (Ed.), *Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México* (pp. 55-63). México: Trillas.
- Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M. & Richmond, M. (agosto, 2004). Impulsivity and smoking relapse. *Nicotine & Tobacco Research*, 6 (4), 641–647.
- DSM-IV-TR. (2005). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *American Psychiatric Association*. Barcelona: Masson.
- ENA (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- ENA (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Tabaco*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf
- Escobar, G. A. (2012). *Experiencia Clínica en un Hospital de Tercer Nivel: Seguimiento de un paciente con patología dual (Tabaquismo y Trastorno bipolar)* (Informe Final de Servicio Social). UNAM, México.
- Escobedo, J., Vite, A. & Oropeza, R. (2007). Factores asociados a la deserción en un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *En-claves del pensamiento*, 1 (2), 117-131.
- Farber, B. (1983). Psychotherapists' perceptions of stressful patient behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 697-705.
- Fargerstrom, K. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235–241.

- Fernández, C. C. & González, S. J. (2010). Tratamiento para dejar de fumar en Centros de Integración Juvenil. Atención de primer y segundo nivel. En Medina, M. M. (Ed.), *Tabaquismo en México: ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* (491-538). México: El colegio Nacional.
- Fiore M., Jaén C., Baker T., Bailey, W., Benowitz, N., Curry, S., Dorfman, S., Froelicher, E., Goldstein, M., Heaton, C., Henderson, P., Heyman, R., Koh, H., Kottke, T., Lando, H., Mecklenburg, R., Mermelstein, R., Dolan, P., Orleans, C., Robinson, L., Stitzer, M., Tommasello, A., Villejo, L. & Wewers, M. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville (U.S): Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (190-228). New York: Wiley.
- GATS (2009). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS_2009.pdf
- Gil-Roales, N. J. & Calero G. M. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. España: McGraw-Hill.
- Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. España: Paidós.
- Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (1999). The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. *American Psychological Association*, 227-255.
- Jiménez K. & Castillo N. (2004). *Evaluación de Resultados de la Clínica para dejar de fumar*. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza.

- Johnson, K., Stewart, S., Rosenfield, D., Steeves, D. & Zvolensky, M. (junio, 2011). Prospective Evaluation of the Effects of Anxiety Sensitivity and State Anxiety in Predicting Acute Nicotine Withdrawal Symptoms During Smoking Cessation. *Psychology of Addictive Behaviors*. doi: 10.1037/a0024133
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P. & Melis, F. (2012). Adherencia a Psicoterapia en pacientes con Trastornos de ansiedad. *Psykhé*, 21(2), 133-147.
- Leal, B., Ocampo, A. & Cicero, R. (2010). Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud Mental*, 33, 489-497.
- Lerman, C., Audrain, J., Orleans, C., Boyd, R., Gold K., Main, D. & Caporaso, N. (1996). Investigation of mechanisms linking depressed mood to nicotine dependence. *Addictive Behaviors* 21, 9-19.
- Leshem, R., & Glicksohn J. (2007). The construct of impulsivity revisited. *Personality and Differences*, 43,687-691.
- Lewis, S. L. (2007). *The Relationship between Anxiety and Premature Termination from Psychotherapy at a University Clinic* (Tesis doctoral). Florida State University, Florida (E.U.).
- López, J., Fernández, J. & Arteaga, A. (2011). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21, 78–85.
- Lorenzo, F. P., Ladero, J. M., Leza, C. J. & Lizasoain, H. I. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. España: Médica Panamericana.

- Marshall, E., Johnson, K., Bergman, J., Gibson, L., & Zvolensky, M. (2009). Anxiety sensitivity and panic reactivity to bodily sensations: Relation to quit-day (acute) nicotine withdrawal symptom severity among daily smokers making a self-guided quit attempt. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17 (5), 356–364.
- Medeiros, M. & Prochaska, J. (1997). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the Transtheoretical Model. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Medina-Mora, I. M., (2010). *Tabaquismo en México: ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?*. México: El colegio Nacional.
- McNeill, B., May, R., & Lee V. (1987). Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminations. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 86-89.
- Mueller, M. & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37 (2), 117-123.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA, (2010). Adicción al Tabaco. *Serie de reportes de investigación*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrtabaco.pdf>
- Ocampo, M. (noviembre, 2002). El fumador, un enfoque conductual. *Revista Conadic*, 23-24.
- Ocampo, M., Magallan, A., Villa, T. & Cuevas, E. (2007). *Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel*. México: Secretaría de salud.
- Ogrodniczuk, J., Joyce, A. & Piper, W. (2005). Strategies for Reducing Patient-Initiated Premature Termination of Psychotherapy. *Harv Rev Psychiatry*, 13, 57–70.

- OMS (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS (2011). *Informe OMS sobre la epidemia Mundial de tabaquismo, 2011-Advertencia sobre los peligros del tabaco MPOWER*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf
- OMS, (2012). *¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública?*. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html
- Patton, J., Stanford, M. & Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barrat impulsiveness scale. *J Clin Psychol*, 51, 768-74.
- Pekarik, G. (noviembre, 1983). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 39 (6), 909-913.
- Pekarik, G. (1985). Coping With Dropouts. *Professional Psychology: Research and practice*, 16(1), 114-123.
- Pekka, S. (2002). Factors associated with dropping out from outpatient treatment of alcohol-other drug abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(2), 17-33.
- Pinet, M. C., Viñas, F. U. & Ribalto, C. E. (2010). Nicotina. En C. Pereiro (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en adicción* (pp. 421-470). Recuperado de http://www.unad.org/upload/32/67/manual_adicciones_medicos_especialistas_formacion.pdf
- Piselli, A., Halgin, R. & Macewan, G. (Julio, 2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature Termination. *Psychotherapy Research*, 21(4), 400- 415.

- Porcel, M. (2005). El abandono de las terapias psicológicas. *Aposta, revista de Ciencias Sociales*, 14. Recuperado de <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/porcel.pdf>
- Puente-Silva, F (1985). *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México*. México: Trillas.
- Quevedo, C. K. (2008). *Los motivos de deserción de la psicoterapia en pacientes atendidos en un centro comunitario de apoyo psicológico* (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Rosenfeld, H. (1974). *Estados psicóticos. Algunas consideraciones sobre la deserción del tratamiento de la fármacodependencia* (Tesis de Maestría). UNAM, México.
- Ruiz, C. M. & Cuevas, C. S. (1985). La falta de cumplimiento terapéutico: Implicaciones para el sector salud. En F. Puente (Ed.), *Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México* (pp. 71-80). México: Trillas.
- Salvador, M. & Ayesta, F. (2009). La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Intervención Psicosocial*, 18 (3), 233-244.
- Sánchez, E., Secades, R., Santoja, F., Zacarés, F., García, O., Martín, E., Calatayud, M. & García G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59-64.
- Sánchez, S. J. (1985). La adherencia al tratamiento: un enfoque preventivo en la salud mental. En F. Puente (Ed.), *Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México* (pp. 64-69). México: Trillas.

- Sánchez, S. R. (2011). *Significados de la deserción: un abordaje desde los psicoterapeutas*. (Tesis de Maestría). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Jalisco (México).
- Secades, R. & Magdalena, Y. (2000). Predictores de la Retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. *Adicciones*, 12 (3), 365-371.
- Shafey, O., Eriksen, M., Ross, H. & Mackay, J. (2009). *El Atlas del tabaco*. Canadá: Tercera edición.
- Simpson, D., Joe, G. & Brown, B. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study. *Psychology of Addictive Behaviour*, 11, 239- 260.
- Sonne, S., Nunes, E., Jiang, H., Tyson, C., Rotrosen, J. & Reid, M. (2010). The Relationship between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers. *The American Journal on Addictions*, 19, 111–118.
- SSA (2011). SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud), Tabla Dinámica de Defunciones, 1979--2009. Recuperado de <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#dinamica>
- Sterba, R. (1940). The dynamics of dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 363-379.
- Tamblay, N. & Seijas, D. (2008). Factores determinantes en el éxito de un tratamiento antitabaco. *Revista Médica de Chile*, 136, 179-185.
- Velázquez, A., Sánchez, J., Lara, M. & Sentíes, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista Psicología*, 18(2), 316- 340.

Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-Mckean, O. & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, 20(4), 423-435.

Woodside, B., Carter, J. & Blackmore, E. (diciembre, 2004). Predictors of Premature Termination of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry*, 161(12). Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org>

Wyszynski, C., Bricker, J. & Comstock, B.(2011). Parental Smoking Cessation and Child Daily Smoking: A 9-Year Longitudinal Study of Mediation by Child Cognitions About Smoking. *Health Psychology*, 30 (2), 71–176.

XIII. ANEXOS

13.1 CONSIGNA DE LA LLAMADA DE SEGUIMIENTO

Al contestar el teléfono:

Hola buenas (tardes/días) habla la Psicóloga Nayely Vázquez de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México, me podría comunicar con (nombre del paciente) Gracias!!

Al responder el paciente:

Hola buenas (tardes/días) habla la Psicóloga Nayely Vázquez de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México, el motivo de mi llamada se debe a que usted (nombre del paciente) asistió a tratamiento para dejar de fumar, ahora estamos haciendo un seguimiento a los pacientes que asistieron durante el año 2011 y 2012, por lo que me gustaría saber ¿cómo se encuentra?.....

¿Respecto a su consumo de cigarros actual qué me puede decir?.....;

Si ya no fuma: ¿Cuánto tiempo lleva sin fumar?.....

Si aún sigue fumando: ¿Cuántos cigarros se encuentra fumando al día?.....

¿Desde cuándo está fumando esa cantidad?.....

¿Cómo se sintió durante su tratamiento?.....

Durante su tratamiento dejó de fumar?.....

Concluyó su tratamiento psicológico?.....

-En caso de no haberlo concluido:

¿A cuántas sesiones asistió?

¿Cuál fue la razón por la que dejó de asistir?

-En caso de haberlo concluido:

¿Qué lo motivó a concluir su tratamiento?

¿Actualmente pone en práctica las herramientas que adquirió durante su tratamiento para mantenerse sin fumar?

Invitación a pacientes finalizadores y desertores:

Actualmente nos encontramos evaluando el servicio que se brinda en la Clínica Contra el Tabaquismo, por lo que estamos muy interesados en conocer su opinión, de esta manera su colaboración nos ayudará a mejorarlo. Por este motivo le extiendo una cordial invitación para participar en este proyecto, el cual consiste únicamente en responder un breve

Cuestionario y una batería de pruebas psicológicas que tomaría alrededor de 30 minutos. La finalidad es identificar los motivos por los cuales los pacientes no finalizan su tratamiento en la Clínica Contra el Tabaquismo, afín de mejorar la atención de la Clínica y generar estrategias que les permitan concluir su tratamiento de manera exitosa.

Para responder este cuestionario es necesario que acuda a nuestras instalaciones, para ello acordaríamos un día y hora específicos para escuchar sus valiosos comentarios. El acudir a responder este Cuestionario no tendrá beneficios económicos, no obstante le puedo ofrecer un tratamiento psicológico breve con una duración de cuatro sesiones totalmente gratuitas para que usted adquiera herramientas que le permitan dejar de fumar, o en su defecto mantenerse en abstinencia y así mejorar su calidad de vida.

Aceptaría participar en esta investigación?

No: Podría darnos alguna razón? Si la razón es la imposibilidad de acudir a la clínica ¿Tendría inconveniente en que hiciéramos entonces la aplicación vía telefónica a alguna hora que le resulte conveniente?, los instrumentos psicológicos son los mismos que ya había respondido en la Clínica.

Tomar fecha y hora de la llamada o aplicar si en ese momento es posible.

Sí: Las fechas en las cuales puede usted asistir a la Clínica Contra el Tabaquismo son las siguientes: de lunes a miércoles de 2 a 6 de la tarde ¿Qué día y en qué horario podría asistir?

Me despido de usted recordándole que su cita será el día.... a las..... Le pido sea puntual y en caso de que no pueda asistir, por favor comuníquese a la Clínica Contra el Tabaquismo al teléfono 27892000 ext. 1377, le recuerdo soy la Psicóloga Nayely Vázquez y estoy a sus órdenes.

Que tenga un excelente día!

A los pacientes que decidan no participar:

Le agradezco mucho el haber respondido mi llamada y contestado mis preguntas, le recuerdo que estamos a sus órdenes en la Clínica Contra el Tabaquismo. No olvide continuar practicando las Técnicas que adquirió durante su tratamiento, ya que de esta manera mejorará su calidad de vida. Que tenga un excelente día!

13.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Consentimiento Informado MOTIVOS DE DESERCIÓN DE FUMADORES DE UN PROGRAMA PARA ABANDONO DEL HÁBITO.

Investigador Responsable: Mtra. Ma. Angélica Ocampo Ocampo y Pas. Psic. Nayely Vázquez Vázquez.

INVITACIÓN A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado Sr. (a) _____

Se le hace una cordial petición para participar en el presente estudio sobre los motivos de deserción de los pacientes que acuden a tratamiento. En dicho estudio se evaluarán los motivos por los cuales los pacientes de la Clínica Contra el Tabaquismo Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax abandonan su tratamiento.

Para el estudio se llevarán a cabo las siguientes actividades:

1. Se revisarán los expedientes de los pacientes que asistieron a la Clínica Contra el Tabaquismo durante los años 2011 y 2012.
2. Se pondrá en contacto vía telefónica con los pacientes que no hayan concluido su tratamiento para que respondan el Cuestionario de motivos de deserción de la Clínica Contra el Tabaquismo, ya sea por este medio o se acordará un día para que asistan a dicha institución y sean entrevistados de manera personal por la investigadora responsable.

NOTA: si por algún motivo, no puede asistir a dicha entrevista, favor de avisar a la investigadora responsable.

Se le ha seleccionado para participar en este estudio porque cumple con las características requeridas para el presente trabajo. El objetivo del estudio es identificar los motivos por los cuales los pacientes dejan de asistir a su tratamiento para cesar el consumo de tabaco, con el propósito de mejorar los servicios de la Clínica.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación y un miembro del equipo de investigadores lo discutirá con usted.

Le informaremos de todos los aspectos de esta investigación incluyendo sus objetivos, los posibles beneficios y los riesgos que tendrá si decide participar. Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, firmará la carta de consentimiento informado.

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este formato, y si tiene alguna duda, pregunte al investigador responsable de este proyecto.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Es importante señalar que estos estudios son realizados como investigación para mejorar la calidad de atención psicológica y preparar con mayores herramientas a los terapeutas de la CCT, afín de que los pacientes concluyan su tratamiento.

RIESGOS E INCONVENIENTES

No existe ningún riesgo por el hecho de contestar el Cuestionario de Motivos de deserción de la Clínica Contra el Tabaquismo.

BENEFICIOS PARA USTED

Este estudio no está diseñado para beneficiarle directamente. Sin embargo, la identificación de los motivos que intervienen para que un paciente no concluya su tratamiento, pueden ayudar en un futuro para otorgar un servicio psicológico de mayor calidad. Además gracias a su participación, contaremos con datos que motiven a generar nuevas investigaciones sobre este tópico.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. El nombre de usted, así como otro tipo de información que puedan identificarlo, será resguardado con los datos que haya proporcionado. Los resultados del trabajo de intervención pueden ser parte de trabajos de investigación y ser reportados en publicaciones. En el entendido de que al ser utilizada esta información, la identidad de los participantes será confidencial.

Durante su entrevista, estará en su derecho de rehusar su participación, sin que existan ningún tipo de presiones para que continúe en él.

Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, y sólo el investigador titular tendrá acceso a los datos que tienen su nombre.

Las Comisiones de Investigación, del Hospital General de México (comisiones que revisan, aprueban y monitorean los estudios de investigación) podrán revisar los datos del estudio, cabe mencionar que sus integrantes cuentan con un convenio de confidencialidad por lo que no pueden revelar sus datos.

DERECHO A ABANDONAR EL ESTUDIO

Usted es libre de decidir si participa o no en este estudio de investigación. Si decide participar, puede cambiar de opinión y retirarse del estudio en el momento que lo decida. Si decide no participar, o si se retira, no afectará su relación con los terapeutas de la CCT.

PREGUNTAS

Fue necesario utilizar lenguaje técnico en este formato de consentimiento informado. Por favor, solicite que le expliquen cualquier cosa que no entienda y con todo gusto contestaremos todas sus preguntas.

Si tiene preguntas en el futuro acerca de este proyecto o si tiene problemas relacionados con el estudio, puede contactar con la investigadora a cargo, Psicóloga Nayely Vázquez Vázquez al teléfono 2789000 ext 1377.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

México, D.F., a ___ de _____ de 20 __

Por medio de la presente hago constar que por mi propio derecho, estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación "Motivos de deserción de fumadores de un programa para abandono del hábito".

Estoy enterado(a) de que mi participación en el estudio consistirá únicamente en responder el Cuestionario de Motivos de Deserción de la Clínica Contra el Tabaquismo y una batería de pruebas psicológicas, de manera telefónica o bien asistiendo a dicha institución.

Asimismo, estoy enterado(a) que la información obtenida del estudio es absolutamente confidencial y que esta información será manejada únicamente por los investigadores y sólo será utilizada para conocer los factores atribuibles a la deserción de los pacientes. Estoy consciente de que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, que participar no implica pago o retribución alguna y que si en medio del proceso decido no continuar, toda la información recopilada será eliminada.

He leído la información descrita y mis preguntas acerca del estudio han sido respondidas satisfactoriamente.

Atentamente

Nombre y firma

Declaro que su decisión de participar en el estudio ha sido tomada de manera libre, sin presiones o influencias de ningún tipo y soy testigo de que esta carta ha sido firmada por el participante arriba mencionado.

Firma del testigo

Nombre:
Dirección:
Teléfono:
Parentesco:

Firma del testigo

Nombre:
Dirección:
Teléfono:
Parentesco:

He entregado la información precisa y necesaria sobre los objetivos del proyecto, riesgos, beneficios y derechos que tiene cada participante.

Nombre y firma del investigador (No. Telefónico)

13.3 CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE DESERCIÓN DE LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas, tomando como base su experiencia durante su tratamiento para dejar de fumar en la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México. Recuerde no hay repuestas buenas o malas y su opinión sincera nos ayudará a mejorar la atención que se ofrece.

1. ¿Cómo se enteró del servicio de la Clínica?
2. ¿Cuál fue el motivo por el cual decidió buscar ayuda?
3. ¿Cuántos cigarros fumaba en ese momento?
4. Actualmente ¿cómo se encuentra respecto al consumo de cigarros?
 - a) Ya no fumo
 - b) Continuo fumando
5. En caso de que el paciente continúe fumando, ¿cuántos cigarros fuma al día?
 - a) 10 o menos
 - b) 11 a 20
 - c) 21 a 30
 - d) 31 ó más
6. En general, ¿después de venir a la Clínica cesó su consumo, disminuyó, aumentó o no ha cambiado?
 - a) Cesó su consumo
 - b) Disminuyó mucho
 - c) Disminuyó moderadamente
 - d) Disminuyó poco
 - e) No ha cambiado
 - f) Aumento poco
 - g) Aumento moderadamente
 - h) Aumento mucho
7. ¿A que le atribuye que su consumo haya _____(respuesta de pregunta anterior)?

- a) Al tratamiento que recibí en la Clínica Contra el Tabaquismo, del Hospital General de México.
 - b) Mi propio esfuerzo o capacidad de cambiar
 - c) La ayuda/consejos de otras personas (familiares, amigos, etc.)
 - d) Cambios en mi familia, escuela, trabajo, etc.
 - e) Otra _____
8. ¿Después de acudir a la Clínica, ha buscado ayuda para su consumo en otro lugar?
- a) No.
 - b) Sí.
 - I) ¿Cuál? _____
 - II) ¿Qué tipo de tratamiento recibió? _____
 - III) ¿Durante cuánto tiempo lo recibió? _____
 - IV) ¿Completó el tratamiento? _____
9. ¿Por qué motivo(s) dejó de asistir a la Clínica?
- a) Insatisfacción con el trato del terapeuta.
 - b) Disminuyó el consumo de cigarros.
 - c) No sentir ninguna disminución en el consumo.
 - d) No querer/necesitar el tratamiento.
 - e) Incompatibilidad de horarios.
 - f) Falta de recursos económicos.
 - g) Problemas de transporte y/o distancia de la Clínica.
 - h) Atenderse en otra institución.
 - i) Mudanza.
 - j) Otro _____
10. En general, ¿qué tan satisfecho está con los servicios que recibió en la Clínica?
- a) Muy satisfecho (a).
 - b) Satisfecho (a).

- c) Regular.
- d) Insatisfecho (a).
- e) Muy insatisfecho (a).

11. Si fuera necesario, ¿volvería a solicitar atención en esta Clínica?

- a) Sí.
- b) No.

¿Por qué? _____

12. ¿Recomendaría los servicios de la Clínica a otras personas que se encuentren fumando?

- a) Sí.
- b) No.

¿Por qué? _____

13. ¿Qué fue lo que más le agradó de la Clínica?

14. ¿Qué fue lo que menos le agradó de la Clínica?

15. ¿Qué recomendaría para mejorar el servicio de la Clínica?

16. ¿Desea añadir algo más?

Muchas gracias por su valiosa cooperación

13.4 Test de Fargestrom

Nombre _____ Edad _____ Fecha de aplicación _____

1.- Después de despertar, ¿Que tan pronto enciendes el primer cigarro del día?

- 0) Después de 60 minutos
- 1) 31-60 minutos
- 2) 6-30 minutos
- 3) menos de 5 minutos

2.- ¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares donde esta prohibido hacerlo?

- 0) No
- 1) Si

2v1.- ¿Le resulta difícil abstenerse de fumar por más de 45 minutos?

- 0) No
- 1) Más o menos difícil
- 2) Esforzándome mucho
- 3) Imposible abstenerme

3.- De todos tus cigarros que consumes a lo largo del día, ¿Cual es el que más necesitas?

- 0) Cualquier otro
- 1) El primero del día

4.- Cuantos cigarros fuma al día?

- 0) 10 ó menos
- 1) 11 a 20
- 2) 21 a 30
- 3) 31 ó más

5.- Después de consumir el primer cigarro del día ¿fuma consecutivamente / rápidamente algunos más?

- 0) No
- 1) Si

6.- ¿Usted Fuma aunque este tan enfermo/a que tenga que permanecer en cama?

- 0) No
- 1) Si

7.-¿Le da el golpe?

- 0) Nunca
- 1) A veces
- 2) Casi siempre
- 3) Siempre

Puntaje total: _____

0-2 muy poca dependencia

5 dependencia media

8-10 dependencia alta

3-4 poca dependencia

6-7 mucha dependencia

13.5 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

0= Poco o nada

1= Más o menos, no me molestaba mucho

2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo

3= Severamente, casi no podía soportarlo

- | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| 1. Entumecimiento, hormigueo | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 2. Sentir oleadas de calor (bochorno)..... | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 3. Debilitamiento de las piernas | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 4. Dificultad para relajarse | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 5. Miedo a que pase lo peor..... | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 6. Sensación de mareo | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados..... | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 8. Inseguridad | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 9. Terror | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 10. Nerviosismo | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 11. Sensación de ahogo | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 12. Manos temblorosas..... | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 13. Cuerpo tembloroso..... | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 14. Miedo a perder el control | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 15. Dificultad para respirar | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 16. Miedo a morir..... | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 17. Asustado | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 18. Indigestión, o malestar estomacal | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 19. Debilidad | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 20. Ruborizarse, sonrojamiento | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| 21. Sudoración (no debida al calor) | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |

13.6 Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de aplicación: _____

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió la semana pasada inclusive el día de hoy. Marque con una X el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso tache cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. Yo no me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. En general no me siento descorazonado por el futuro.
 Me siento descorazonado por mi futuro.
 Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. Yo no me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que las personas en general.
 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
 Siento que soy un completo fracaso como persona.

4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

5. En realidad yo no me siento culpable.
 Me siento culpable una gran parte del tiempo.
 Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Yo no me siento que esté siendo castigado.
- Siento que podría ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que he sido castigado.
7. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
- Estoy desilusionado de mí mismo.
- Estoy disgustado conmigo mismo.
- Me odio.
8. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
- Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. Yo no tengo pensamientos suicidas.
- Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
- Me gustaría suicidarme.
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10. Yo no lloro más de lo usual.
- Lloro mas ahora de lo que solía hacerlo.
- Actualmente lloro todo el tiempo.
- Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
- Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

12. Yo no he perdido el interés en la gente.
- Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
 - He perdido en gran medida el interés en la gente.
 - He perdido todo el interés en la gente.
13. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
- Pospongo tomar decisiones más que antes.
 - Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
 - Ya no puedo tomar decisiones.
14. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
- Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 - Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
 - Creo que me veo feo (a).
15. Puedo trabajar tan bien como antes.
- Requiero de mas esfuerzo para iniciar algo.
 - Tengo que obligarme para hacer algo.
 - Yo no puedo hacer ningún trabajo.
16. Puedo dormir tan bien como antes.
- Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
 - Me despierto una y o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
 - Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.
17. Yo no me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
 - Con cualquier cosa que haga me canso.
 - Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.

18. Mi apetito no es peor de lo habitual.
- Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
- Mi apetito está muy mal ahora.
- No tengo apetito de nada.

19. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
- He perdido más de dos kilogramos.
- He perdido más de cinco kilogramos.
- He perdido más de ocho kilogramos.

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos si no

20. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
- Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
- Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- He perdido completamente el interés por el sexo.

TOTAL:

13.7 Cuestionario de Impulsividad BARRATT

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				

16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
17. Visito al médico y al dentistas con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda e menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compro cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto efectivo o en crédito mas de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				