



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ



VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACTORES SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA
TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE
CESACIÓN DEL TABAQUISMO - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD.

PANAMÁ, 2016-2017.

EDWARD ALFREDO ESPINOSA GUERRA

CÉDULA: 4-751-2346

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

ASESORA:

DRA. REINA ROA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2020



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CAMPUS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 11:00 am del jueves 12 de noviembre 2020 en el Salón de profesores en la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis, para optar por el Título de **Maestrías en Salud Pública Campus**, defendida por el Estudiante **Edward Espinosa** Con cédula de identidad **4-751-2346** y cuyo título es: **“Factores socioepidemiológicos asociados a la no adherencia terapéuticas de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo. Región Metropolitana de Salud.**

La calificación asignada por los miembros del jurado es la siguiente:

	<u>Calificación</u>	<u>Firma</u>
Dr. Carlos Brandariz	<u>97</u>	<u>[Firma]</u>
Profa. Ivonne González	<u>97</u>	<u>[Firma]</u>
Dr. Alfredo Moltó	<u>97</u>	<u>[Firma]</u>
Dra. Reina Roa Asesora	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>
Firma del Estudiante:	<u>[Firma]</u>	
Promedio y calificación final:	<u>97</u>	

[Firma]
Representante de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Dra. Zilka Terrientes: [Firma]
Directora de Investigación y Postgrado
Facultad de Medicina



DEDICATORIA

A Dios, familia y amigos....

AGRADECIMIENTO

A Dios, por acompañarme siempre en cada etapa de mi vida.

A mi familia, por siempre apoyarme.

A mis maestros, por enseñarme el camino.

ÍNDICE

<i>Índice de tabla</i>	v
<i>Índice de gráficos</i>	vii
<i>Título</i>	1
<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract</i>	3
<i>Planteamiento del problema</i>	5
<i>Justificación</i>	11
<i>Marco teórico</i>	17
<i>No adherencia terapéutica</i>	17
<i>Objetivos de la investigación</i>	35
<i>Marco metodológico</i>	36
<i>Plan de análisis de los resultados</i>	48
<i>Resultados</i>	53
<i>Discusión</i>	73
<i>Conclusiones</i>	78
<i>Recomendaciones</i>	80
<i>Referencias bibliográficas</i>	81
<i>Anexos</i>	85

ÍNDICE DE TABLA

TABLA 1.	COMPARACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS CASOS Y LOS CONTROLES. CLÍNICAS DE CESACIÓN - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-2017.....
		57
TABLA 2.	TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN SEXO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-2017
	60
TABLA 3.	TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN EDAD MENOR DE 35 AÑOS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-2017.....
		61
TABLA 4.	TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ESTADO CIVIL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-2017.....
		62
TABLA 5.	TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD PRIMARIA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-2017.....
		63
TABLA 5.1	TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD SECUNDARIA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-2017.....
		64

TABLA 5.2. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN **ESCOLARIDAD UNIVERSITARIA.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.65

TABLA 6. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN **CONSUMO DE ALCOHOL.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....66

TABLA 7. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ANTECEDENTE DE **COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....67

TABLA 8. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN **ALTA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....68

TABLA 8.1 TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN **MODERADA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017....69

TABLA 8.2. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN **BAJA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....70

TABLA 9. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN **EDAD DE INICIO DE CONSUMO MENOR A 15 AÑOS.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....

TABLA 10. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN **INTENTOS PREVIOS DE CESACIÓN.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....
72

TABLA 11. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN **USO DE TERAPIA MÚLTIPLE.** REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....73

TABLA 12. RESUMEN DEL ANÁLISIS BIVARIADO DEL ESTUDIO. CLÍNICAS DE CESACIÓN - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 2016-2017.74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. PORCENTAJE SEGÚN SEXO DE LA MUESTRA. CLÍNICAS DE CESACIÓN - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....	58
GRÁFICO 2. PORCENTAJE SEGÚN NIVEL DE DEPENDENCIA A NICOTINA DE CASOS Y CONTROLES. CLÍNICAS DE CESACIÓN - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....	59
GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN EDAD MENOR DE 35 AÑOS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....	61
GRÁFICO 4. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ESTADO CIVIL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....	62
GRÁFICA 5. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ESCOLARIDAD PRIMARIA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....	63
GRÁFICA 5.1. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ESCOLARIDAD SECUNDARIA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....	64
GRÁFICA 5.1. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ESCOLARIDAD UNIVERSITARIA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....	65

GRÁFICA 6. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	
2016-2017.....	66
GRÁFICA 7. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ANTECEDENTE DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-
2017.....	67
GRÁFICA 8. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ALTA DEPENDENCIA A LA NICOTINA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-
2017.....	68
GRÁFICA 8.1. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN MODERADA DEPENDENCIA A LA NICOTINA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-
2017.....	69
GRÁFICA 8.2. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN BAJA DEPENDENCIA A LA NICOTINA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-
2017.....	70
GRÁFICA 9. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN EDAD DE INICIO DE CONSUMO MENOR A 15 AÑOS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ	2016-
2017.....	71

GRÁFICA 10. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN INTENTOS PREVIOS DE CESACIÓN. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ

2016-
2017.....7
2

GRÁFICA 11. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN USO DE TERAPIA MÚLTIPLE MENOR A 15 AÑOS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.....73

TÍTULO

Factores socioepidemiológicos asociados a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo - Región Metropolitana de Salud. Panamá, 2016-2017.

RESUMEN

El tabaquismo es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, donde la magnitud de los efectos del uso de productos de tabaco fumados y no fumados y de su humo, son causa de adicción, enfermedad, discapacidad y muerte y trascienden a repercusiones económicas, sociales y de salud. El objetivo de este estudio es conocer cuáles son los factores socioepidemiológicos asociados a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud, en el periodo 2016-2017. El propósito de esta investigación es proporcionar datos que puedan ser utilizados para ofrecer una atención integral de las personas que consumen productos de tabaco y desean dejar la adicción. Se realizó la revisión de expedientes clínicos, previa autorización del Comité de Bioética. Para el estudio se obtuvo la significancia estadística de las variables, utilizando la prueba de chi cuadrado y para el análisis de los factores de riesgo se manejó el Odds Ratio para medir la fuerza de asociación dando como resultados: no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.1447$) en cuanto a la no adherencia terapéutica y el **sexo**. En los menores de 35 años de **edad**, se muestra cómo estas personas dejan de fumar significativamente menos ($p = 0.042$) que quienes son mayores de esta edad, con un OR

en 2.35 (IC 95% 1.09-5.08). Por otra parte, los consumidores de **alcohol** tienen probabilidades de no ser adherentes a la terapéutica de la cesación tabáquica 1.85 veces mayores (IC 95%: 1.10 – 3.09) que en los no consumidores de alcohol ($p = 0.0271$). Las personas que ingresaron a las clínicas de cesación y tenían alguna **condición psiquiátrica** previa, tienen 2.11 (IC 95% 1.23 – 3.63) veces mayor probabilidades de no ser adherentes a la terapéutica de la cesación tabáquica ($p = 0.01$), representando esto un factor de riesgo. El mayor riesgo de adherencia al tratamiento se evidenció con una **alta dependencia** a la nicotina en el Test de Fagerström, ($p = 0.0015$; 10.05 (IC 95%: 1.48 – 4.85).

En este estudio, los pacientes que tuvieron **intentos previos de cesación** y aquellos que recibieron **terapia múltiple** (fármaco y psicoterapia) fueron aquellos donde la adherencia al tratamiento fue estadísticamente significativo y se mostró como **factor protector** dentro del análisis bivariado $p = 0.0006$; OR = 0.21 IC 95%: 0.21-0.64 y $p < 0.05$; OR = 0.24 IC 95%: 0.13-0.41 contra la no adherencia terapéutica, respectivamente.

ABSTRACT

Socioepidemiological characteristics associated with non-adherence to the treatment at the Clinics for Smoking Cessation – Region Metropolitana de Salud. Panama, 2016-2017.

Smoking is one of the major public health problems worldwide, where the magnitude of the effects of smoked and non-smoked tobacco products and their smoke are a cause of addiction, disease, disability and death and transcend repercussions economic, social and health. The aim of this study is to find out which are the socio-epidemiological factors associated with the non-adherence of the patients treated at the Cessation Clinics of the Metropolitan Health Region, in the period 2016-2017. The purpose of this research is to provide data that can be used to offer comprehensive care for people who use tobacco products and want to quit addiction. The clinical records were reviewed, with prior authorization from the Bioethics Committee. For the study, the statistical significance of the variables was obtained, using the chi-square test and for the analysis of the risk factors, the Odds Ratio was used to measure the association. The results are: no statistically significant differences were found ($p = 0.1447$) in terms of non-adherence and gender. In those under 35 years, it is shown how these people quit smoking significantly less ($p = 0.042$) than those who are older than this age, with an OR of 2.35 (95% CI 1.09-5.08). On the other hand, alcohol users are 1.85 times higher (95% CI: 1.10 - 3.09) than in non-alcohol users ($p = 0.0271$) to be non-adherent to smoking cessation therapy. People in the cessation clinics with a previous psychiatric condition are 2.11 (95% CI 1.23 - 3.63) times more likely to not be adherent to the smoking cessation therapy ($p = 0.01$), representing

this as a factor risk. The highest risk of adherence to treatment was evidenced with a high dependence on nicotine in the Fagerström test, ($p = 0.0015$; 10.05 (95% CI: 1.48 - 4.85).

In this study, patients who had previous cessation attempts and those who received multiple therapy (drug and psychotherapy), were those where adherence to treatment was statistically significant and was shown as a protective factor within the bivariate analysis $p = 0.0006$; OR = 0.21 95% CI: 0.21-0.64 and $p < 0.05$; OR = 0.24 95% CI: 0.13-0.41 against non-adherence to treatment, respectively.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo representa uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, donde la magnitud de los efectos del uso de productos de tabaco fumado y no fumado y la exposición a su humo, son causa de adicción, enfermedad, discapacidad y muerte; trascendiendo a repercusiones económicas, sociales y de salud; tanto para la persona que usa los productos de tabaco, como para las personas que están expuestas al humo de tabaco de segunda mano y el medio ambiente. Este problema deriva en una elevada carga de enfermedad que es directamente atribuible al consumo directo y a la exposición al humo de tabaco de segunda y tercera mano. Esta adicción crónica afecta a cualquier sexo, edad, cultura o religión. No tiene fronteras.

En Panamá, de acuerdo con la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2013, siendo el estándar mundial para la monitorización sistémica del consumo de tabaco en adultos, nos indica que la prevalencia de consumo de tabaco fumado fue de 6.1% en general, de los cuales refleja 9.4% para los hombres y 2.8% en las mujeres. En valores absolutos se destaca que los fumadores actuales en el país son 163,000, siendo el caso de los hombres 125,700 y con relación a las mujeres 37,700, es decir que por cada 3.3 hombres que fuman lo hace una mujer. Es importante destacar que los fumadores ocasionales representan el grupo más grande con unos 87,900 individuos, mientras que los fumadores diarios son 75,400. En cuanto a la cesación del consumo de tabaco, se encontró que al menos 6 de cada 10 fumadores actuales planearon o estaban pensando dejar de fumar y 5 de cada 10 fumadores hicieron un intento para dejar de fumar en los últimos 12 meses. Este resultado deja en perspectiva el hecho que la mayor intensidad en la adicción afecta al 54% de la población fumadora del país, lo cual refleja que puede haber mayores posibilidades que al menos el

46% de los fumadores puedan dejar el hábito más fácilmente, sin ayuda o bien con el apoyo de los programas de cesación (MINSA/ICGES, 2013).

Los componentes del humo derivado del tabaco han sido ampliamente estudiados y se sabe que está compuesto por más de 4000 productos químicos, de los cuales al menos 250 son nocivos, y más de 50 causan cáncer. Es un hecho que los fumadores tienen mayor riesgo de presentar enfermedades y de morir que los no fumadores o aquellos que dejaron de fumar (Organización Mundial de la Salud, 2018).

A pesar de los daños causados por el humo del tabaco y de los controles ante esta epidemia que muchos países han adoptado, como las campañas anti-tabaco, aumento de los impuestos a productos de tabaco e intervenciones en la cesación del tabaquismo; la exposición al humo de tabaco continúa siendo una problemática global (Jang, Song, & Yoon, 2015).

Dentro de los muchos productos de tabaco que existen, se encuentran los fumados a través de un proceso de combustión, sin humo y otras categorías. El tabaco sin humo es aquel que no se necesita quemar. No solamente la modalidad de fumar productos de tabaco causan los daños a la salud, también se incluye aquellos productos de tabaco que no necesitan de la combustión pero igualmente genera que la nicotina sea absorbida por el revestimiento de la boca. Algunos de estos productos pueden ser tabaco para mascar, chupar, rapé (tabaco picado o en polvo para inhalar), snus (Suecia), disolubles, naswar (mezcla con lima, indigo, cardamomo, en Asia Central, Irán, Afganistán y Pakistan) gutka, khaini, qiwam (Global Tobacco Control, 2018).

En la categoría de otros se encuentran aquellos productos que administran nicotina, entre los cuales algunos son clasificados como productos de tabaco y otros no. Dentro de este

grupo se encuentran los que poseen un líquido que contienen nicotina y producen un aerosol que es inhalado, como los cigarrillos electrónicos, vaporizadores, que dependiendo de la normativa de cada país se clasifican como productos farmacéuticos, de tabaco o bienes de consumo. Adicionalmente, se incluyen los productos de tabaco calentado que son dispositivos electrónicos de suministro de nicotina que usan picadura de tabaco, por lo que son considerados productos de tabaco. Estos novedosos dispositivos son fabricados por la industria tabacalera y tienen forma de presentación diversa, es así como son parecidos a pipas, cigarros, cigarrillos convencionales, bolígrafos y memorias USB, a los que se les adiciona o no saborizante; son altamente llamativos, particularmente entre la población juvenil que consume estos productos.

Según datos de la Food and Drugs Administration, el 81% de los actuales usuarios jóvenes de cigarrillos electrónicos, mencionó la disponibilidad de sabores atractivos como la principal razón de su uso (FDA, 2019). En Panamá la prevalencia en población de 15 años y más, con relación al tabaco sin humo es de 1.0% para los hombres y 0.5% para las mujeres (MINSAL/ICGES, 2013).

Según los resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (GYTS, por sus siglas en inglés) del 2017 para el monitoreo del consumo de tabaco (fumado y sin humo), en Panamá los jóvenes entre las edades de 13-15 años tiene una prevalencia de consumo actual de tabaco de 7.8%, siendo 7.9% para varones y 7.4% para damas. El consumo total de tabaco fumado representa un 5.9% y 2.3% para el tabaco sin humo (OPS / OMS, 2018). Todo consumo de tabaco es perjudicial, sobre todo en los productos sin combustión que son vendidos como sustancias más benevolentes y con menos riesgos, donde se han encontrado al menos 28 sustancias tóxicas dentro de las cuales se destacan las nitrosaminas

que se forman durante su cultivo, curación y fermentación del tabaco; y si sumamos la acción de sustancias tóxicas como el polonio-210 que se encuentra en fertilizantes e hidrocarburos aromáticos, tendríamos un aumento del riesgo directo de padecer cáncer (Cancer.gov, 2010).

Se ha informado de enfermedades pulmonares relacionadas con el uso de cigarrillos electrónicos. En julio de 2019, el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin y el Departamento de Salud Pública de Illinois, en Estados Unidos, recibieron informes de enfermedades pulmonares asociadas con el uso de cigarrillos electrónicos (también llamado vaporizadores) y lanzaron una investigación coordinada de salud pública. Se realizó una revisión de 53 pacientes con una mediana de edad de 19 años, donde todos los casos presentaron infiltrados bilaterales en las imágenes de tórax. El 94% de los pacientes fueron hospitalizados, el 32% fueron sometidos a intubación y ventilación mecánica, y se informó una muerte. Un total de 84% de los pacientes informaron haber usado productos de tetrahidrocannabinol en dispositivos de cigarrillos, aunque se informó una amplia variedad de productos y dispositivos de este tipo. Estos eventos dieron una alerta mundial en salud pública, relacionado a estos dispositivos que principalmente utilizan y consumen los jóvenes (Layden J, 2019).

Las actividades de la industria tabacalera es una problemática inminente, donde su dirección de comercialización va enfocada a países de ingresos bajos, poblaciones jóvenes en especial mujeres, y buscan limitar la efectividad de las políticas de control de tabaco haciendo cabildeo directo en los ministerios de finanzas y niveles altos del gobierno para oponerse a los impuestos al tabaco, a la prohibición de publicidad o al empaquetado neutro;

todo esto sumado a la reinversión en productos nuevos bajo la estrategia de reducción del daño (OPS / OMS, 2018).

Es ampliamente conocido que los peligros a la exposición de los productos de tabaco pueden disminuirse al dejar de fumar y los beneficios son enormes a largo plazo para la salud, aumentando la sobrevivencia de estas personas que dejen el hábito. Por lo cual, es importante fortalecer la prevención y el abandono del uso de productos fumados de tabaco, que incluyen entre otros al cigarrillo, pero también se debe comprender los factores relacionados para llegar a establecer políticas públicas en beneficio de la salud de la población.

Para poder lograr que las personas fumadoras dejen de fumar mediante intervenciones efectivas, se debe conocer las características o variables que interfieran en la adherencia al tratamiento del abandono del tabaquismo, teniendo un contexto sociodemográfico que pueda influir en este objetivo.

Los productos de tabaco son el único producto legal que mata entre un tercio y la mitad de aquellos que lo usan como lo indican sus fabricantes, no solo perjudicando al consumidor sino, a los que se envuelven en su ambiente, ya sea directa o indirectamente. El dejar de fumar representa un reto para la persona decidida, ya que involucra cambios en su autoestima, en su estilo de vida, en su entorno laboral, familiar y círculo de amistades. Es debido a esto que muchos factores sociodemográficos influyen en la decisión de una persona para dejar esta adicción.

A parte de las causas multifactoriales de esta problemática; se suma el efecto adictivo de la nicotina como principal componente psicoactivo del tabaco con el cual se pondera como una de las más altas tasas de adicción entre las drogas legales e ilícitas, atribuyéndosele

también una alta tasa de mortalidad debido a enfermedades crónicas como el cáncer (Corvalán, 2017).

Otra de las probables causas para no lograr la cesación tabáquica se encuentra la no inclusión o la falta de disponibilidad de medicamentos y dificultad para lograr poner en marcha un plan de actividad física dentro de la terapéutica de estos pacientes (Instituto Nacional de Cancerología, 2016).

En Panamá existe poca evidencia sobre el impacto que tienen las clínicas de cesación contra el tabaquismo y los factores que pudieran impedir la adherencia exitosa de la intervención terapéutica, motivo por el cual es necesario conocer estos factores e incidir en ellos de manera que la mayor parte de la población fumadora que ingresa en los programas de cesación, culminen su tratamiento con la menor cantidad de recaídas y hasta llegar a la remisión completa del **tabaquismo**.

Según datos del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, Panamá cuenta actualmente con 56 clínicas de cesación del tabaquismo distribuidas en todo el país, dentro del cual, la Región Metropolitana de Salud ofrece la mayor atención a pacientes que deseen dejar de fumar, con un total de 483 pacientes atendidos entre 2016 y 2017, de los cuales 307 son masculinos y 176 femeninos. Actualmente no se cuentan con cifras exactas registradas, de cuántos pacientes han sido adherentes o no al tratamiento instaurado.

Es posible lograr mejores tasas de abandono del tabaco basado en un programa bien estructurado, organizado y sistematizado, respondiendo la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores socioepidemiológicos asociados a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud, en el periodo 2016-2017?

JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco “mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales, más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890.000 son no fumadores expuestos al humo ajeno”; y de no aplicarse las medidas preventivas y de control para frenar su consumo, estas cifras irán en aumento (Organización Mundial de la Salud, 2018). El tabaco es una de las principales causas de muertes prevenibles a nivel mundial y es responsable de al menos un millón de muertes al año en el continente americano (García & Gálvez, 2016).

Grandes estudios como el Framingham Heart Study, han logrado demostrar no solo la relación tabaco-enfermedad, sino la relación dosis- efecto; según la cual, por cada 10 cigarrillos diarios consumidos se produce un 18% de incremento de mortalidad en hombres y un 31% en mujeres (Hernández, Díaz, Larrinaga, Rivas, & Bárbara, 2014).

La epidemia mundial del tabaquismo es responsable de la gran morbi-mortalidad e invalidez por enfermedades prevenibles relacionadas con su consumo. El peligro de fumar se basa mayormente en la composición del tabaco y en inhalar todos los productos químicos tóxicos, generados a partir de la combustión. Sin embargo, la adicción a la nicotina representa la principal causa para que una persona no pueda dejar el consumo de productos de tabaco, fumados o no fumados, conllevando a una dependencia psicológica y física.

Según el informe mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025, para la Región de Las Américas en el 2015 había un número estimado de 132 millones de fumadores, con un prevalencia de consumo de 17.4%; donde la distribución por sexo se presenta con un 22.0% para los hombres y un 12.9 para las mujeres. A pesar de las proyecciones que indican una

disminución relativa en la tasa de prevalencia del consumo, aún con las medidas que han sido tomadas, no llegaremos a alcanzar la meta propuesta para el 2025 de la reducción de la prevalencia en un 30% a partir del año 2000 como estaba pactado mundialmente (WHO, 2018).

En Panamá, la prevalencia de consumo de tabaco en población de 15 años y más se estimó, en el año 2013, en 6.4%, siendo de 9.7% para los hombres y un 3.1% para las mujeres. Según los rangos de edad de mayor consumo, se encuentra en los grupos de 20 a 39 años y 40 a 59 años; con una prevalencia de consumo de 7.2% y 7.1%, respectivamente. La prevalencia más baja de consumo por grupo de edad se encontró en el grupo etario de 15 a 19 años, con 2.8%. Se identificó el consumo de tabaco fumado como el principal en el país, con una prevalencia de 6.1%, siendo para los hombres de 9.4% y en las mujeres de 2.8%. En cuanto a exposición al humo de tabaco de segunda mano, un 5.6% de los adultos que trabajan en interiores, 3.4% en su hogar y un 12.4% que visitan restaurantes manifestaron encontrarse expuestos (MINSA/ICGES, 2013).

La gravedad se concentra en las enfermedades y muertes prevenibles por el uso de productos de tabaco, siendo una causa evitable y peor aún, siendo una sustancia legalmente aceptada en todo el mundo; sumado a esto, encontramos la falta de consciencia sobre los peligros del tabaquismo y la industria tabacalera que siempre intenta debilitar las políticas públicas de salud. Según datos del Ministerio de Salud (MINSA) en el período comprendido entre los años 2000 al 2014, la mortalidad proporcional por causas asociadas al consumo de tabaco se promedia en 13.6%, representando cerca de 2 mil muertes por año en Panamá (MINSA, 2017).

Según datos del observatorio documental del Sistema de Vigilancia para el Control del Tabaco en Panamá (SISVISCTA) en el año 2009, los gastos estimados del MINSA por atención a enfermedades asociadas al consumo de tabaco ascienden a un estimado de 105.22 millones de balboas por año, cubriendo algunos de los rubros referidos al tratamiento de pacientes con cáncer asociado al tabaco, hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares, consultas de control de hipertensión arterial y diabetes, tratamiento con reemplazo nicotínico, promoción y educación, entre otros aspectos. Sin embargo, la recaudación fiscal del impuesto selectivo al consumo de productos de tabaco, solo representaba un aproximado de 11.8 millones de balboas al año hasta antes del incremento del impuesto realizado en el año 2009, lo que se traduce en una pérdida para el estado de aproximadamente 93.6 millones de balboas en una atención que podría ser prevenible (SISVISCTA, 2007). Es importante tener claro que estas cifras no incluyen todos los gastos en que incurre el Estado, en una atención que podría ser prevenible. Tampoco incluye ni el gasto de bolsillo de las personas que padecen enfermedades asociadas al uso de productos de tabaco o a la exposición a su humo.

Según la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos realizada en Panamá en 2013, los costos económicos que representan a un fumador de cigarrillos con un salario mínimo (basada en la fecha de elaboración de la encuesta) está alrededor de 72.6 USD por mes, representando un 20.7% de su salario (MINSA/ICGES, 2013).

Los ingresos por impuestos al tabaco en Panamá, no compensan los altos costos de los servicios de salud que demandan las personas que usa productos de tabaco y padecen de tabaquismo, la morbilidad y discapacidad asociadas a su uso o exposición al humo de los productos de tabaco. Esto lleva a la salud pública a tener un gran desafío en el control y

reducción del uso de productos de tabaco, las enfermedades relacionadas y la disminución de los altos costos de atención médica que esto representa y que son consecuencia del tabaquismo.

Todas las enfermedades ocasionadas por el tabaquismo generan una fuerte carga al Estado y por supuesto, genera un gasto de bolsillo a todas estas familias que se ven afectadas. Sin embargo cuando se trata de personas que usan productos de tabaco, hay que hacer énfasis en que la cesación del tabaquismo es la medida más costo efectiva que puede ser ofrecida por los servicios de salud con el fin de reducir el riesgo (Instituto Nacional de Cancerología, 2016).

El fumar es una conducta aprendida, una adicción que solamente teniendo un panorama completo de esta problemática, permitirá comprender el por qué fuman las personas y actuar en los factores que inciden en ello y en la dificultad de la adherencia al tratamiento de cesación.

A nivel político el país está comprometido con el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (CMCT), el cual “busca proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco”, lo que lleva a los países a tener un control más estricto del tabaco. En este mismo aspecto, en virtud del artículo 14 del CMCT, Panamá cumple con “las medidas de reducción de la demanda relativa a la dependencia y al abandono del tabaco” con disponibilidad de servicios de cesación en diferentes instituciones de salud del país; sin embargo, son muchos los factores que inciden en que una persona deje el consumo de productos de tabaco una vez ingresado en los programas de cesación (OMS, 2005).

La vulnerabilidad de este problema de salud se centra en que a pesar que Panamá dispone de los controles y medidas de aumento de impuestos, protección contra la exposición al humo, advertencias sanitarias, prohibición de publicidad, promoción y patrocinio y tratamiento de la dependencia para reducir la demanda de tabaco, entre otras; la industria tabacalera se las ingenia para interferir con las políticas de control de tabaco en el país. Es por ello, que estas medidas deben ser fortalecidas en pro de la vigilancia y control de tabaco a nivel nacional, con el fin de lograr en un futuro no lejano, un país libre de tabaco; donde hay evidencia de reducción de enfermedades asociadas, luego de la instauración de políticas fortalecidas.

Propósito del estudio

- Proporcionar datos que faciliten la aplicación de medidas novedosas en atención integral a las personas que consumen productos de tabaco y desean dejar la adicción.
- Aportar evidencia científica que contribuya a la fundamentación de estrategias para lograr incidir en los factores que impactan negativamente en la adherencia terapéutica.
- Proporcionar evidencia científica nacional a los tomadores de decisiones para la vigilancia del cumplimiento de las normativas vigentes, para el fortalecimiento de las medidas de reducción de la demanda a la dependencia y al abandono del tabaco.
- Contribuir a la planificación y ampliación de la cobertura y disponibilidad de servicios de cesación en diferentes instalaciones de salud del país.

- Aportar información que pueda ser utilizada por el personal técnico de las Clínicas de Cesación, para la mejora continua del tratamiento de los pacientes que ingresan a la misma.
- Contribuir con información para fortalecer campañas educativas dirigidas a las personas fumadoras que quieran dejar de consumir productos de tabaco.
- Retroalimentar al Programa de Salud Mental, en la toma de decisiones para incorporar mejoras en la Guía Clínica para la Cesación del Tabaquismo en Panamá.
- Ofrecer información que sirva como fundamento para otros investigadores.

El conocimiento de esta investigación va a ser presentados al Programa Nacional de Salud Mental y los datos obtenidos se publicarán en el observatorio documental del Sistema de Vigilancia para el Control de Tabaco en Panamá (SISVISCTA) y en alguna revista científica indexada.

MARCO TEÓRICO

No adherencia terapéutica

Dentro de las estrategias fundamentalmente dirigidas al control del tabaquismo, se encuentran las medidas de reducción de la demanda relativa a la dependencia y abandono del tabaco, siendo clave la adherencia al tratamiento (Instituto Nacional de Cancerología ESE, 2016). Esta adherencia engloba un concepto amplio y multifactorial relacionado directamente a la terapéutica instaurada, suponiendo una serie de factores positivos o negativos de índole personal de quienes usan productos de tabaco, biológica, motivacional e indirectamente relacionadas con el personal y área de salud, intervenciones de consejería, disponibilidad y accesibilidad a fármacos. Muchos estudios han demostrado que la falta de adherencia al tratamiento es un factor principal para la brecha entre el éxito y el fracaso para dejar de fumar, es decir, un factor importante para predecir la recaída de fumar y también para la abstinencia de este **hábito** (Karadogan D, 2018).

La OMS enfatiza que a pesar que el término ha sido dirigido a la medicación, la adherencia también abarca numerosas conductas relacionadas con la salud que van más allá de únicamente tomar medicamentos recetados. Esa relación entre el paciente y el proveedor de atención médica (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que se base en las capacidades de cada uno, siendo esa relación con calidad como un determinante importante a la adherencia (WHO, 2003).

Históricamente se ha utilizado el término adherencia como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el

médico o personal sanitario”, por lo tanto, la falla en la adherencia conllevará al fracaso de la cesación (Romero L, 2016).

Con el logro a la adherencia al tratamiento, estos pacientes pueden llegar a la cesación del tabaquismo que es generalmente definido como “descontinuación del consumo de tabaco parar la acción de inhalar y exhalar cigarrillo”. Para lograr la cesación del uso de productos de tabaco, se requiere de un programa fortalecido en consejería, intervención psicoterapéutica, terapia de reemplazo de nicotina, entre otros aspectos; que logren llevar a ese paciente a una abstinencia de consumo permanente (Instituto Nacional de Cancerología ESE, 2016).

La definición de adherencia para la terapia de dejar de fumar más utilizada actualmente, según la OMS es "usar la terapia de reemplazo de nicotina continuamente a la dosis recomendada en la forma indicada" (WHO, 2003).

Tabaquismo

Actualmente el tabaco es una droga legal, con efectos estimulantes en el Sistema Nervioso Central debido a la acción de la nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo . El tabaco es “una planta herbácea de origen tropical, de la que existen más de 50 especímenes que se diferencian, entre otras cualidades, por su contenido en nicotina”. La especie de tabaco más utilizada es la Nicotina tabacum (Repositorio Digital, 2018).

El tabaquismo es considerado por la OMS como “una enfermedad crónica que se caracteriza por la adicción a la nicotina. La nicotina es una droga que induce aumento de su tolerancia, dependencia física y psicológica. El adicto a la nicotina desea disminuir el consumo sin lograrlo, usa tiempo y recursos para obtener la droga, reduce su actividad

social, recreacional o profesional por el consumo y usa la droga en forma compulsiva a pesar de conocer sus efectos adversos” (MINSA - CSS, 2008).

Factores Sociodemográficos

La evidencia científica ha mostrado que las variables sociodemográficas como el sexo, edad, estado civil, nivel educativo, tienen un importante impacto en “el abandono del hábito de fumar”, el cual “está asociado con: más escolarización, edad avanzada, estado civil (casado) y ser del sexo masculino”. Estas variables deben ser ampliamente estudiadas para establecer una asociación a la adherencia del tratamiento y por tanto, el éxito en la cesación (Oviedo C, 2013).

Las cifras globales indican que 942 millones de hombres y 175 millones de mujeres de 15 años o más son actualmente fumadores, y cerca de tres cuartos de los hombres diariamente fumadores viven en países con mediano a elevado índice de desarrollo humano (IDH), mientras que la mitad de las mujeres diariamente fumadoras viven en países de muy alto índice de desarrollo humano (Drope J, 2018).

La OMS realizó una encuesta de las tendencias del tabaquismo en jóvenes, donde revelaba que “en la mitad de los 151 países estudiados el número de chicas fumadoras era semejante al de chicos fumadores, teniendo indicios que la mayoría de estas chicas seguirán fumando cuando sean adultas. Las prohibiciones de la publicidad del tabaco, como está previsto en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, podrían ayudar a detener el aumento del consumo de tabaco entre las chicas”. Si continúa este aumento de prevalencia en un futuro no lejano habrá más mujeres fumadoras que hombres fumadores (WHO, 2019).

Hay países como Uruguay donde la prevalencia femenina sobrepasa a la masculina. En este mismo aspecto, en un estudio realizado por Pippo et al, en pacientes femeninas fumadoras hospitalizadas, encontraron que “las pacientes desconocen en parte el vínculo entre el consumo de tabaco y problemas de salud propios de la mujer” haciendo relevante la necesidad de estrategias de consejería sobre las consecuencias del tabaquismo que también envuelve a esta población femenina (Pippo, Llambí, Fontao, Albistur, & al, 2018).

Los tratamientos para dejar de fumar pueden ser eficaces tanto en hombres como en mujeres. En cuanto al mayor éxito a la cesación del tabaquismo, en un estudio Turco se encontró que “el éxito del abandono del **hábito** de fumar en adultos, se incrementó en el sexo masculino; el género femenino en los adultos parece ser un factor que disminuye las tasas de éxito”. Científicamente se ha comprobado “que las mujeres son más propensas a los efectos de las sustancias que utilizan y, por lo tanto, les resulta más fácil ser adictas” (Gunay T, 2014).

Sin embargo, también hay estudios que han reportado que “no hay diferencias por sexo en el resultado del tratamiento para dejar de fumar, que incluyan aspectos de género”. Son muchas las diferencias metodológicas disponibles como para poder realizar un análisis específico basado en género, algunas de estas se encuentran en los tratamientos, seguimiento de estos pacientes o incluso en las definiciones de abstinencia para cada caso (Marqueta A, 2017).

La edad exacta es aquella “expresada en años completos de los sujetos” que estamos estudiando (Conesa P, 2000). De allí, las variables de los diferentes grupos de edad que pueden afectar el éxito de la cesación del tabaquismo son muchas, sin embargo, el fumar en cualquier grupo etario es considerado un riesgo mayor a la salud. Se ha encontrado en

diversos estudios que “el éxito se vio afectado por el aumento de la edad, el sexo masculino, la dependencia moderada y menor de la nicotina y el tratamiento con medicamentos” (Gunay T, 2014).

Algunos estudios refieren que las personas a mayor edad “tienen más probabilidades de dejar de fumar” debido a que “estos individuos adquieren una mayor percepción del daño causado por los cigarrillos, además de una mayor preocupación por la prevención de enfermedades” (Oviedo C, 2013).

Muchos estudios han documentado diferencias existentes en la salud y comportamientos relacionados con ella, según el estado civil. Las personas casadas reportan mejor salud, comportamientos saludables y menor mortalidad, que aquellos que no están casados; incluso a pesar de la edad, raza y estatus socioeconómico. Una pareja también puede ofrecer apoyo emocional o ayuda para establecer metas a un cambio de comportamiento saludable (Margolis R, 2016).

El estado civil se define “conforme a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente” (INEC, 2016).

Se ha asociado que “las probabilidades de dejar de fumar con éxito aumentaron con el hecho de estar casado” (Yang J, 2015). La adherencia y el abandono del **hábito** de fumar son muy importantes para tener en cuenta en el fumador. El **hábito** de fumar de la pareja es relevante para dejar de fumar y adherirse al tratamiento, esto es debido al control social directo e indirecto dentro de la pareja o la difusión de la conducta, es más probable que las personas dejen de fumar si sus parejas son no fumadoras; igualmente, aquellos que no tienen pareja, no son los menos propensos a dejar de fumar (Margolis R, 2016).

Es ampliamente conocido que “la prevalencia del tabaquismo es más alta entre las personas con menor educación que entre las que tienen una educación superior” (Zhuang Y, 2015). Según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) el logro educativo de un individuo “se define como el nivel CINE más avanzado que el individuo ha concluido”. Este es medido respecto al “programa educativo más avanzado concluido exitosamente, el cual suele ser validado por una certificación reconocida” (UNESCO, 2013).

En un estudio denominado “Comparación del abandono del hábito de fumar entre los grupos educativos”, se encontró que “las tasas de cesación entre los fumadores con menor nivel de educación fueron consistentemente más bajas que entre los fumadores con mayor educación”, reforzando la noción que los programas de cesación de tabaquismo deben aumentar las estrategias para captar estos grupos de menor educación (Zhuang Y, 2015).

Factores Personales

Algunos de los factores personales que pueden afectar el éxito a la adherencia al tratamiento y por tanto, llevar a la cesación del tabaquismo, dentro del cual se encuentra el consumo de alcohol, padecer de comorbilidad psiquiátrica, nivel de dependencia a nicotina, entre otros (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2013).

El consumo de alcohol es definido como “la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año, como bebedor de un día laboral, o la que declaró algún consumo de lunes a jueves; y como bebedor de fin de semana la que consumió al menos una bebida alcohólica el viernes, el sábado o el domingo” (Instituto Vasco de Estadística, 2017).

En un estudio realizado por Goren et al. encontraron hallazgos sugeribles que aquellos que presentan alguna morbilidad mental, sumado al abuso del consumo de alcohol, tienen gran probabilidad de tener bajas tasas de cesación (Goren A, 2014). Otro estudio relacionado al éxito de la cesación del tabaquismo encuentran que la abstinencia al alcohol, entre otros factores, es crucial para el éxito de la estrategia de cesación (Kim Y, 2014).

Por esa misma línea, Lynch et al. han plasmado que el consumo moderado y elevado de alcohol “tiene un impacto en el proceso de abandono del tabaquismo”, conllevando a una pronta continuación del hábito, en un consumo moderado; y una rápida recaída en un consumo elevado de alcohol (Lynch K, 2018).

Otros de los aspectos que pueden afectar la adherencia al tratamiento y por tanto el que se logre la cesación, es la presencia de enfermedad mental, el cual “son trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento”. Ejemplo de ellas tenemos “la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación y los comportamientos adictivos” (Mayo Clinic, 2018).

La coexistencia comorbilidad psiquiátrica, en especial la depresión, ha sido extensamente investigada y asociada al tabaquismo. Estudios muestran que las personas con historia de depresión o el uso de antidepresivos, fueron menos propensos a dejar de fumar (Ayala D, 2017). Por otra parte, “este grupo tiene mayor prevalencia de tabaquismo, son fumadores más adictos a la nicotina y tienen menor probabilidades de cesación en relación a población general” (Trebilcock, 2017).

Este grupo de personas tienen bajas tasas de abstinencia, por lo tanto esta comorbilidad representa un predictor negativo de cesación, conllevando a un mayor porcentaje de recaídas (Martín, 2016).

La dependencia del tabaco constituye el “conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en éste pese a sus consecuencias graves, asignación de mayor prioridad al consumo de tabaco que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y un estado físico de abstinencia, cuando se difiere o abandona el consumo” (Ministerio de Salud, 2016).

Dentro de las pruebas para medir la severidad de la dependencia, se utiliza el test de Fagerström, que trata de “una escala de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina”; donde nos permitirá valorar el nivel de dependencia baja, moderada o alta según su puntuación (Ministerio de Salud, 2017).

En un estudio realizado por Peña et al. se encontró que los de “mayor riesgo de fracaso son los que tienen alta dependencia en el test de Fagerström” (Peña P, 2016). En contraste con lo anterior, “la presencia de un grado leve de dependencia a la nicotina expresada por un puntaje menor a 4 en el test de Fagerström se asoció significativamente con la abstinencia” (Llambí M, 2008).

Factores de Historia de Consumo

Dentro de los factores de historia de consumo, como la edad de inicio, la intención de dejar de fumar, entre otros; se ha evidenciado que la edad de inicio en el consumo de tabaco se define como “la edad media del primer consumo” (Martín, 2016), donde muchos estudios han demostrado que “con más frecuencia, el hábito de fumar se inicia en edades más tempranas, lo que conlleva a una fuerte adicción y dificultades para la deshabituación” en la población adulta (Martín Suárez M de los A, 2015).

En un estudio realizado por Martín, en España, encontró que “la edad media del primer consumo fue de $15,8 \pm 4,2$ años, existiendo entre varones y mujeres una diferencia de 1,2 años” (Martín, 2016); cercano a lo hallado en México, por Vázquez, donde “la edad de inicio del consumo fue más frecuente en los adolescentes de 12 años” reforzando la preocupación de que a menor inicio de consumo, mayor dificultad de abandono del tabaquismo en edad adulta (Vázquez, 2015).

La intención previa de dejar de fumar es parte de “comprender la valoración de la disposición del fumador ante un cambio” por lo que “forzar un intento no aumenta la tasa de éxito” y esto con la finalidad de “diferenciar tipos de estrategias dependiendo de si las personas están o no preparadas para dejar el hábito en ese momento” (Ministerio de Salud, 2016).

Se ha observado que “los hombres sin intentos previos de dejar de fumar tienen menor probabilidad de querer dejar de fumar, versus las fumadoras del sexo femenino”. Esta relación de los intentos previos de dejar de fumar son importantes ya que se asocian con la disponibilidad a aceptar un tratamiento de cesación tabáquica (Serván-Mori E, 2012).

Factores de la terapia multicomponente

Existen una gran variedad de tipos de intervenciones para dejar de fumar, desde consejería breve por profesionales de la salud, cursos de autoayuda, prescripción de tratamientos farmacológicos con o sin seguimiento, intervenciones motivacionales y terapia multicomponente. La terapia **multicomponente** suele ser la más intensiva y con mejores resultados ya que “combina intervenciones psicológicas y farmacológicas de probada eficacia”, sin embargo se ha encontrado que “los resultados de los tratamientos para dejar de fumar disponibles actualmente son modestos: los más eficaces no han logrado tasas de

abstinencia de más del 30-40% en el seguimiento de un año” en la población general. Se conoce la eficacia de la terapia multicomponente pero a penas se conoce la influencia de las variables sociodemográficas, personales y de historia de consumo en ella (Raich A, 2015).

La terapia multicomponente esta formada por tres fases: a) "preparación", que implica la psicoeducación sobre la adicción, la motivación para dejar de fumar, el cambio de hábitos y el control del consumo de tabaco; b) "cese", en el cual se introduce el tratamiento farmacológico donde corresponda y los terapeutas trabajan para sobrellevar el día en que el paciente establece fecha para dejar de fumar ("Día D"), síndrome de abstinencia y craving; y c) "prevención de recaídas" (Raich A, 2015).

Las intervenciones de tipo farmacológico son: terapia sustitutiva con nicotina, bupropion, vareniclina y los no farmacológico: terapia psicológica, acupuntura, homeopatía, hipnosis y por último, los que no emplean ningún método para dejar de fumar y lo dejan por su cuenta (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

La mayoría de las tasas de éxito incluyen una **combinación** (terapia multicomponente) de tratamiento farmacológico y no farmacológico (como las terapias psico-conductuales). En una revisión sistemática se encontró que “el apoyo conductual y ciertas farmacoterapias aumentan la posibilidad de un cese exitoso para las personas que intentan dejar de fumar” y por tanto una mejor adherencia durante su tratamiento (Stead L, 2016).

En Panamá la prevalencia del consumo de tabaco fumado ha ido en disminución a partir del 2007, con 9.4% y luego, en 2013 con 6.4%. El país cuenta con 56 clínicas de cesación del tabaquismo, manejadas por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social; estas clínicas buscan brindar una atención integral a los pacientes con actividades de promoción

de la salud y prevención de enfermedades asociadas al consumo de tabaco, así como la atención y rehabilitación de los afectados y la familia (MINSA - CSS, 2008).

El tratamiento básico de las Clínicas de Cesación del Tabaquismo en Panamá dura 12 sesiones, cuatro sesiones por mes, por un periodo de tres meses; el mismo cuenta con terapia psicoeducativa, farmacológica y psicoterapia; desarrollada según cada caso y severidad de la adicción. El costo por sesión es de USD 1.00 y los fármacos son gratuitos (Herrera V Z. J., 2017).

La terapia psicoeducativa y psicoterapia se realizan en las modalidades de atención grupal o individual, según el caso, asistiendo dos horas, una vez por semana; donde se abordan terapias cognitivo conductuales. El tratamiento farmacológico incluye la terapia de reemplazo nicotínico (parches y chicles de nicotina) cuyo objetivo es suministrar nicotina en dosis decrecientes y por vía distinta al consumo de tabaco, con dosis suficientes para contrarrestar el síndrome de abstinencia, sin crear dependencia. Otros fármacos con evidencia comprobada para el tratamiento de la dependencia a la nicotina, son los neuromoduladores como la vareniclina y el bupropión (MINSA - CSS, 2008).

La vareniclina “es la primera línea para la cesación del tabaquismo y presenta la mayor efectividad demostrada ampliamente en ensayos clínicos logrando cifras de abandono al año del orden de 25-35%; su mecanismo de acción sería doble, ya sea estimulando los receptores $\alpha 4\beta 2$ de áreas pre límbicas, frontales, como agonista parcial, lo que eleva los niveles de dopamina y alivia los síntomas de privación y a través de la unión competitiva con los receptores, bloquea al menos parcialmente la activación dopaminérgica provocada por la nicotina en caso de una recaída. De esa manera los pacientes sentirían alivio al usarla

y menos placer al fumar debido a la ocupación parcial de los receptores, facilitando la abstinencia y el abandono del hábito” (Peña P, 2017).

El bupropión “es un antidepresivo y, aunque su mecanismo de acción exacto es desconocido, se cree que inhibe de forma selectiva la nueva captación neuronal de dopamina y noradrenalina y, en menor proporción, de serotonina, lo cual aumenta las concentraciones de estas sustancias en las sinapsis neuronales de los núcleos accumbens (vía de la recompensa) y ceruleus. El aumento de dopamina en el núcleo accumbens produce un efecto similar al de la nicotina, lo que reduce la necesidad de fumar”. Por otra parte, “las tasas de abandono con el bupropión son muy similares a las alcanzadas con la terapia sustitutiva nicotínica y no hay diferencia entre géneros”. Otros de sus efectos es que “disminuye la ganancia de peso asociada con la deshabitación tabáquica, barrera de particular importancia en las mujeres, y es seguro en pacientes con enfermedad cardiovascular” (MINSALUD, 2017).

Muchos son los resultados encontrados en metanálisis donde refieren que “la terapia de reemplazo de nicotina (TRN), el bupropión y la vareniclina aumentaron las probabilidades de dejar de fumar en comparación con el placebo” (Pacek L, 2018). Cabe mencionar que actualmente no existe un seguimiento post terapéutico de estos pacientes en relación con la abstinencia y adherencia al tratamiento en Panamá.

Estudios realizados en panamá

En el año 2007 se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007) con el objetivo de obtener datos para conocer el estado de salud de la población e identificando sus problemas, dentro de la cual se contempla el consumo de

tabaco o productos de tabaco. Esta encuesta reveló una prevalencia general de consumo de productos de tabaco en la provincia de Panamá de 9.2% (MINSAL / ICGES, 2007).

Para el año 2010 se llevó a cabo el estudio de Prevalencia de factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular (PREFREC 2010) donde se estimó una prevalencia de consumo de productos de tabaco en 6.4% siendo más elevada en el área indígena, seguida del área urbana y área rural (MINSAL / ICGES, 2012) .

La prevalencia más reciente fue obtenida por la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (EMTA - Panamá 2013) realizada por la Comisión Nacional de Control de Tabaco del Ministerio de Salud, el Departamento de Investigación y Evaluación de la Tecnología Sanitaria del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. Este estudio reveló una prevalencia general del consumo de tabaco fumado en 6.1%, siendo una de las más bajas de la Región de las Américas. En cuanto a la cesación, este estudio mostró que “la cesación del consumo de tabaco se refleja como una preocupación de los consumidores siendo que 6 de cada 10 fumadores actuales planearon o estaban pensando dejar de fumar y que 5 de cada 10 fumadores han hecho intentos por dejar de fumar en los últimos 12 meses” (MINSAL/ICGES, 2013).

Por otra parte, en un estudio realizado por Herrera et al. en el 2017, determinaron variables sociodemográficas y socioeconómicas que inciden en el deseo de cesación y la disposición al pago por una terapia de cesación; donde se encontró que “los hombres tienen menos inclinación a la cesación y a la disposición al pago por su mayor prevalencia de consumo respecto de las mujeres”, también se halló que “en relación con la edad, el deseo de cesación tiende a disminuir a mayor edad, pero aumenta la disposición al pago por terapia

de cesación. Se observa que, conforme aumenta el nivel educativo, hay una mayor tendencia a la cesación, mientras que la disposición al pago es mucho más alta en el nivel de primaria (Herrera V Z. J., 2017).

En otro estudio se demostró que “la política fiscal anti tabáquica en Panamá ha demostrado su efectividad al incrementar la recaudación y los precios a los productos derivados del tabaco en adición a contribuir a reducir la prevalencia de consumo hasta 6.1% en tabaco fumado”, esto debido al “impacto del incremento del Impuesto Selectivo al Consumo de Cigarrillos y otros productos derivados del tabaco (ISC) al 100%” (Herrera V M. I., 2017). Sin embargo, los ingresos por estos impuestos al tabaco no compensan los altos costos de los servicios de salud que demandan las personas que usa productos de tabaco, por lo que también se torna necesario continuar fortaleciendo las Clínicas de Cesación del Tabaquismo para mejorar la adherencia al tratamiento y aumentar las tasas de cesación con el fin de disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad secundario a las enfermedades que produce el tabaco.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DEL ESTUDIO

Nombre	Definición Conceptual
Variable Dependiente	
No adherencia al tratamiento	Falla en la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, que no coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.
Variables Independientes	
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.
Nivel Educativo	Logro educativo más avanzado que un individuo ha concluido.
Consumo de Alcohol	Persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana o la que declaró algún consumo durante el último año.
Comorbilidad Psiquiátrica	Trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.

Nivel de Dependencia del Tabaco	Conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en éste pese a sus consecuencias graves.
Edad de Inicio de Consumo	Edad media del primer consumo de productos de tabaco.
Intentos Previos de Cesación	Comprende la valoración de la disposición del fumador ante un cambio.
Terapia Multicomponente	Es la terapia que suele ser la más intensiva y con mejores resultados ya que combina intervenciones psicológicas y farmacológicas de probada eficacia en la cesación del tabaquismo.

PROPUESTA DEL INVESTIGADOR

La investigación podrá identificar los factores socioepidemiológicos (como el sexo, edad, estado civil y nivel educativo), factores personales (como el consumo de alcohol, presencia de comorbilidad psiquiátrica y niveles de dependencia a la nicotina), factores de historia de consumo (como la edad de inicio y la intención de dejar de fumar) y factores de la terapia multicomponente; donde a penas existe evidencia que analice la influencia de estas variables en la adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en la Clínica de Cesación; contribuyendo a la evidencia científica nacional y a la toma de decisiones en pro de fortalecer la Guía Clínica para la Cesación del Tabaquismo de Panamá que data del año 2008.

Hipótesis

Hipótesis nula:

No hay asociación entre las variables sociodemográficas como el sexo, edad, estado civil, nivel educativo; y la no adherencia terapéutica en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud.

Hipótesis alternativa:

Sí hay asociación entre las variables sociodemográficas como el sexo, edad, estado civil, nivel educativo; y la no adherencia terapéutica en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud.

Hipótesis nula:

No hay asociación entre las variables personales como consumo de alcohol, comorbilidad psiquiátrica, nivel de dependencia del tabaco; y la no adherencia terapéutica en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud.

Hipótesis alternativa:

Sí hay asociación entre las variables personales como consumo de alcohol, comorbilidad psiquiátrica, nivel de dependencia del tabaco; y la no adherencia terapéutica en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud.

Hipótesis nula:

No hay asociación entre las variables de historia de consumo de productos de tabaco como edad de inicio, intentos previos de dejar de fumar; y la no adherencia terapéutica en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud.

Hipótesis alternativa:

Sí hay asociación entre las variables de historia de consumo de productos de tabaco como edad de inicio, intentos previos de dejar de fumar; y la no adherencia terapéutica en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud.

Hipótesis nula:

No hay asociación entre el factor de la terapia multicomponente y la no adherencia terapéutica en las Clínicas de Cesación del tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud.

Hipótesis alternativa:

Sí hay asociación entre el factor de la terapia multicomponente y la no adherencia terapéutica las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

- Identificar los factores socioepidemiológicos asociados a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud en los años 2016-2017.

Objetivos específicos

- Determinar la asociación de factores sociodemográficos, como el sexo, edad, estado civil y nivel educativo, a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo.
- Medir la asociación de factores personales, como consumo de alcohol, comorbilidad psiquiátrica y niveles de dependencia del tabaco, a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo.
- Establecer la asociación de los factores de historia de consumo como la edad de inicio y la intención de dejar de fumar a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo.
- Estimar la asociación del factor de terapia multicomponente a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las Clínicas de Cesación del Tabaquismo.

MARCO METODOLÓGICO

Descripción del área de estudio

Según datos del Programa de Salud Mental del MINSA, actualmente se cuenta con 56 Clínicas de Cesación del Tabaquismo a nivel nacional (Ver anexo 1), de los cuales ocho se encuentran en la Región Metropolitana de Salud, en todos los niveles de atención, donde la gran mayoría están en funcionamiento, teniendo variación en la afluencia de pacientes que atienden y según los recursos de infraestructura e insumos que dispongan para la atención.

La Región Metropolitana de Salud presenta la mayor atención de estos pacientes en el país. Las Clínicas son llevadas por el Programa de Salud Mental del MINSA y de la Caja de Seguro Social. Cabe mencionar que para el periodo 2016-2017 las Clínicas de Cesación que estaban en funcionamiento dentro de la Región Metropolitana eran cinco: Hospital Santo Tomás (MINSA), Centro de Salud de Boca la Caja (MINSA), Centro de Salud de Río Abajo (MINSA), Policlínica Dr. Carlos N. Brin (CSS) y el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CSS); por lo que estas clínicas representan nuestra área de estudio para dicho periodo.

Tipo de estudio

Estudio observacional, retrospectivo de tipo casos y controles.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

Nombre	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	¿Cómo se medirá?	Dimensiones	Datos que arrojará
Variable Dependiente	Aquellos pacientes en cuyas historias clínicas no se registraron al menos 12 sesiones (individuales o en grupo de acuerdo al caso) que son las mínimas necesarias que debe cumplir.	Cualitativa	Nominal	Del expediente clínico	Sí o No	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con adherencia al tratamiento ▪ Sin adherencia al tratamiento
No adherencia al tratamiento						
Variables Independientes	Sexo masculino o femenino consignado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Expediente clínico	Masculino o Femenino	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexo masculino ▪ Sexo femenino
Sexo						
Edad	Números de años cumplidos al momento del ingreso a la Clínica de Cesación consignado en el expediente.	Cuantitativa	Razón	Expediente clínico	Años cumplidos, grupos etarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad en años
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no un paciente con relación a otra persona, consignado en el expediente.	Cualitativa	Nominal	Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casado ▪ Unido ▪ Soltero ▪ Divorciado ▪ Viudo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con pareja (Casado o Unido) ▪ Sin Pareja (Soltero, Divorciado, Viudo)

Nivel Educativo	Grado de educación alcanzado por el paciente al momento de su ingreso a la Clínica de Cesación, consignado en el expediente.	Cualitativa	Ordinal	Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algún grado de educación Primaria ▪ Algún grado de educación Secundaria ▪ Algún grado de educación superior 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algún grado de educación Primaria ▪ Algún grado de educación Secundaria ▪ Algún grado de educación superior
Consumo de Alcohol	Paciente que declaró consumir bebidas alcohólicas alguna vez y esté consignado en el expediente.	Cualitativa	Nominal	Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí ▪ No 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí consume alcohol ▪ No consume alcohol
Comorbilidad Psiquiátrica	Paciente con comorbilidad psiquiátrica consignada en el expediente (depresión, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, entre otros).	Cualitativa	Nominal	Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí ▪ No 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí posee comorbilidad psiquiátrica ▪ No posee comorbilidad psiquiátrica
Nivel de Dependencia del Tabaco	Paciente con registro de resultados de la aplicación del Test de Fargeström en el expediente.	Cualitativa	Ordinal	Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja (menor o igual a 3 puntos) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja dependencia ▪ Moderada dependencia ▪ Alta dependencia

					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moderada (de 4 a 6 puntos) ▪ Alta (igual o mayor a 7 puntos) 	
Edad de Inicio de Consumo	Edad de inicio de consumo en años, registrada en el expediente.	Cuantitativa	Razón	Expediente clínico	Edad en años, grupos etarios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad en años
Intentos Previos de Cesación	Registro de intentos previos de cesación en el expediente.	Cualitativa	Nominal	Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí ▪ No 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí intentó ▪ No intentó
Terapia Multicomponente	Registro del tipo de terapia que recibió el paciente consignada en el expediente. - multi componente (combinación de intervenciones psicológicas y farmacológicas) - monoterapia (alguna intervención psicológica o alguna farmacológica)	Cualitativa	Nominal	Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí ▪ No 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí usó terapia multi componente (combinación de intervenciones psicológicas y farmacológicas) ▪ No usó terapia multi componente (terapias psicológicas sola o terapia farmacológica sola)

UNIVERSO DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

○ Universo

El universo de estudio lo constituyen los 483 pacientes que ingresaron a las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Panamá en los periodos 2016 y 2017, cumpliendo con los criterios de admisión de la Guía Clínica para la Cesación de Tabaquismo en Panamá y el flujograma de manejo (Anexo 2).

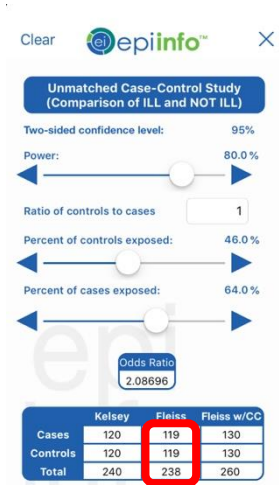
○ Muestra

Tamaño de la muestra:

La muestra será escogida a través de la herramienta estadística Epi info 7. Para un total de 119 casos y 119 controles.

La razón de caso-control es de 1 caso 1 control.

Nivel de confianza de 95% con un poder estadístico de 80% para un OR de 2.



○ Técnica de muestreo

Los expedientes serán seleccionados de un muestreo probabilístico, aleatorio simple; se revisarán los expedientes en cada una de las instalaciones de la Región Metropolitana de Salud, hasta obtener los 119 casos y 119 controles.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Definición de caso

Todo paciente consumidor de producto de tabaco admitido en las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana de Salud durante los años 2016 - 2017 y que **no es** adherente al tratamiento de 12 sesiones.

Criterios de inclusión de caso

Todo paciente consumidor de producto de tabaco admitido en las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana de Salud durante los años 2016 - 2017 que cuente con un expediente en el que se registre que **no es** adherente al tratamiento de 12 sesiones.

Criterios de exclusión de caso

Todo de paciente consumidor de producto de tabaco admitido en las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana de Salud durante los años 2016 – 2017 cuyo expediente no cuente con información completa.

Definición de control

Todo paciente consumidor de producto de tabaco admitido en las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana de Salud durante los años 2016 – 2017 y que **es** adherente al tratamiento de 12 sesiones.

Criterios de inclusión de control

Todo paciente consumidor de producto de tabaco admitido en las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana de Salud durante los años 2016 - 2017 que cuente con un expediente en el que se registre que **es** adherente al tratamiento de 12 sesiones.

Criterios de exclusión de control

Todo de paciente consumidor de producto de tabaco admitido en las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana de Salud durante los años 2016 – 2017 cuyo expediente no cuente con información completa.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se confeccionó un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario con el programa Microsoft Excel. En este instrumento se anotarán los datos socioepidemiológicos (como el sexo, edad, estado civil y nivel educativo), factores personales (como el consumo de alcohol, presencia de comorbilidad psiquiátrica y niveles de dependencia a la nicotina), factores de historia de consumo (como la edad de inicio y la intención de dejar de fumar) y factores de la terapia multicomponente que son las variables de interés en el estudio.

Se le dará un número de registro por cada expediente revisado.

El instrumento de recolección de información constará de 10 ítems diseñada para recolectar los datos sobre los factores socioepidemiológicos asociados a la adherencia terapéutica de las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana de Panamá. Se utilizará el programa EpiInfo 7, con el cual se creará la base de datos.

Instrumento de recolección de información				
Factores socioepidemiológicos asociados a la no adherencia terapéutica en las Clínicas de Cesación del tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud. Años 2016-2017.				
Registro numérico:				
No adherencia al tratamiento de 12 semanas:				
Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
Sexo:				
	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>		
Edad:				
<input type="text"/>		Número de años cumplidos		
Estado Civil:				
Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Unido <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
Nivel educativo:				
Sin educación formal <input type="checkbox"/>	Algún grado de Educación Primaria <input type="checkbox"/>	Algún grado de Educación Secundaria <input type="checkbox"/>	Algún grado de Educación Superior <input type="checkbox"/>	
Consumo de alcohol:				
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Comorbilidad psiquiátrica:				
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Niveles de dependencia del tabaco:				

Baja <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	
Edad de inicio de consumo:			
<input type="text"/>	Número de años cumplidos		
Intentos previos de cesación:			
	Con intentos previos <input type="checkbox"/>	Sin intentos previos <input type="checkbox"/>	
Terapia multicomponente:			
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Procedimiento para la recolección de información

El tratamiento básico dentro de la Clínica de Cesación dura 12 sesiones, una por semana, por un periodo de 3 meses; donde se le proporciona al paciente terapia farmacológica (con medicamentos de reemplazo nicotínico) y/o no farmacológica (como psicoterapia y otras) dependiendo de los recursos que tenga a disposición la Clínica de Cesación y la dependencia del paciente a la nicotina del tabaco según los resultados del Test de Fageström, sin embargo, actualmente no se cuenta con un seguimiento post terapéutico de los pacientes en relación con la abstinencia.

La recolección de los datos se hará por el propio investigador a través de la revisión de expedientes clínicos, posteriormente a la autorización del Comité de Bioética.

Aspectos administrativos

1. Se solicitará a las autoridades pertinentes el permiso para realizar el estudio en las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana:

- Dirección Regional – Región Metropolitana de Salud para el visto bueno de los centros de Salud de Río Abajo y Boca la Caja.
- Hospital Santo Tomás – Dirección Médica para el visto bueno de la Clínica de Cesación.
- Comité de Bioética de la Investigación del CHDRAAM – Caja de Seguro Social.
- DENADOI – Caja de Seguro Social para la autorización definitiva, CHDRAAM y Policlínica Carlos N. Brin.

2. Se procederá a registrar el protocolo en DIGESA en la Unidad de Regulación de Investigación para Salud del MINSA.

3. Luego de tener el registro será sometido a revisión por el **Comité de Bioética de la Investigación del CHDRAAM de la Caja de Seguro Social**, de tener la aprobación y autorización definitiva, se procederá a la recolección de datos.

4. Solicitaremos los expedientes clínicos en las Clínicas de Cesación de la Región Metropolitana para el periodo 2016-2017: Hospital Santo Tomás (MINSA), Centro de Salud de Boca la Caja (MINSA), Centro de Salud de Río Abajo (MINSA), Policlínica Dr. Carlos N. Brin (CSS) y el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CSS); y una vez aplicados criterios de inclusión y exclusión para casos y controles definiremos nuestros pacientes para el estudio.

5. Para la recolección de la información utilizaremos el instrumento tipo cuestionario, diseñado para tal fin, que incluye las variables en estudio.

Aspectos éticos de la investigación

Este estudio es diseñado siguiendo las normas internacionales de Declaración de Helsinki, Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional para la Armonización (ICH), Declaración de Belmont, Consejo para las Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y de la OMS, entre otros, y por normas locales de acuerdo con los reglamentos de la Dirección General de Salud Pública (DIGESA) del MINSA.

El instrumento de recolección será identificado por un registro numérico y no por los nombres ni identidad de los pacientes. La información obtenida será manipulada solo por el investigador, de manera que se garantice la absoluta confidencialidad de lo misma. Esta investigación no pone en riesgo la salud ni la integridad de los participantes. Los resultados obtenidos de este trabajo de investigación no promueven la remuneración del investigador o personas involucradas directa o indirectamente con el mismo.

El archivo de la investigación reposará en un lugar seguro, dentro de la oficina de la Escuela de Salud Pública, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y protegido con acceso restringido durante cinco años. Luego de este periodo, la documentación será destruida mediante trituradora de papel. Solo el investigador principal tendrá acceso a dicha documentación.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez recolectados los datos, se procederá a su tabulación en tablas y gráficas para describir la información obtenida, luego serán analizados por medio del programa estadístico EpiInfo 7.

- El análisis global de los datos será reportado con medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

- Prueba de contraste de hipótesis:

En este estudio se utilizará el método comparativo de contraste de hipótesis de Chi cuadrado (χ^2) con el propósito de establecer si hay o no diferencia estadísticamente significativa, o sea si se debe al azar o no.

$$\chi^2 = \frac{(ad - bc)^2 N_s}{n_1 n_2 m_1 m_2}$$

- Se utilizará la prueba de Fisher (en lugar de χ^2) en los casos en que se encuentre algún valor menor de 5 en alguna de las casillas de las tablas tetracóricas.
- En el análisis de los factores de riesgo se determinará la fuerza de asociación entre las variables calculando el odds ratio con sus intervalos de confianza del 95%.

$$OR = \frac{a \times d}{c \times b}$$

- Para demostrar la consistencia y validez de la investigación se calculará los límites de confianza para cada OR:

$$LC = OR^1 \pm Z^2$$

$$\sqrt{X^2}$$

- Se utilizará cuadros 2 x 2 para el análisis de los datos:

No Adherencia al tratamiento			
-------------------------------------	--	--	--

Factor SEXO	SÍ	NO	total
Masculino	a	b	m1 = a + b
Femenino	c	d	m2 = c + d
	n1 = a + c	n2 = b + d	N = a + b + c + d

Factor GRUPO ETARIO MENOR DE 35 AÑOS	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	m1 = a + b
NO	c	d	m2 = c + d
	n1 = a + c	n2 = b + d	N = a + b + c + d

Factor ESTADO CIVIL	SÍ	NO	total
Casado/unido	a	b	m1 = a + b
Divorciado/soltero/viudo	c	d	m2 = c + d
	n1 = a + c	n2 = b + d	N = a + b + c + d

Factor NIVEL EDUCATIVO - PRIMARIA	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor NIVEL EDUCATIVO - SECUNDARIA	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor NIVEL EDUCATIVO - UNIVERSITARIO	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor CONSUMO DE ALCOHOL	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor BAJA DEPENDENCIA	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor MODERADA DEPENDENCIA	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor ALTA DEPENDENCIA	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor INICIO DE CONSUMO MENOR DE 15 AÑOS	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor INTENTOS PREVIOS DE CESACIÓN	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

Factor TERAPIA MÚLTIPLE	SÍ	NO	total
SÍ	a	b	$m1 = a + b$
NO	c	d	$m2 = c + d$
	$n1 = a + c$	$n2 = b + d$	$N = a + b + c + d$

RESULTADOS

Análisis univariado

Descripción de la muestra de estudio

En el periodo de estudio (enero 2016 – diciembre 2017) se atendieron 483 pacientes que ingresaron a las Clínicas de Cesación del Tabaquismo de la Región Metropolitana de Salud, de los cuales 119 casos y 119 controles cumplieron criterios de inclusión para la investigación. Todos los resultados fueron analizados a través de la herramienta estadística EpiInfo 7.

Las características demográficas se resumen en la tabla 1, donde el sexo masculino (gráfico 1) predominó en ambos grupos con una media de edad de 46 (IQR 18-74) y 55 (IQR 18-77) para casos y controles, respectivamente (gráfico 1). Por otra parte, el estado civil casado y la escolaridad universitaria fueron variables mayormente predominantes en ambos grupos.

TABLA 1. COMPARACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS CASOS Y LOS CONTROLES. CLÍNICAS DE CESACIÓN - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.

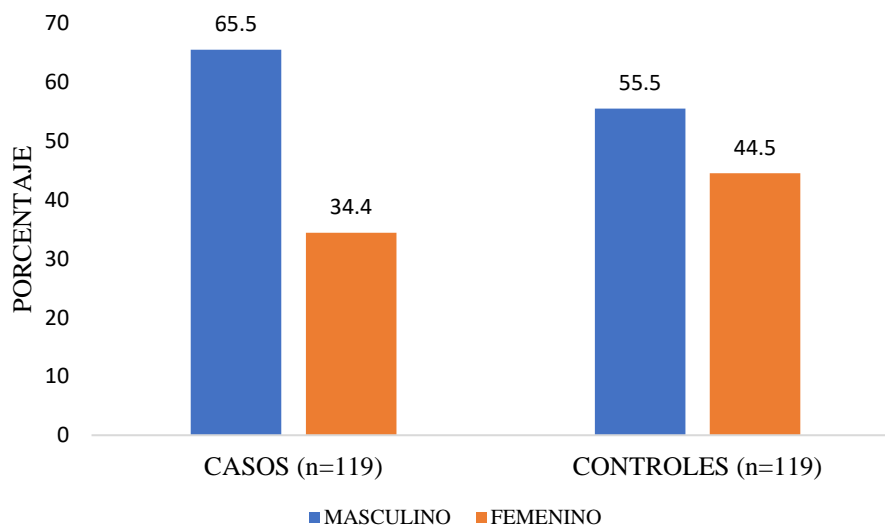
Características	Casos	controles
n	119	119
Sexo (%)		
Masculino	78 (65.5)	66 (55.5)
Femenino	41 (34.4)	53 (44.5)
Edad	46 (18,74)	55 (18, 77)
Estado civil (%)		

Soltero	49 (41.2)	35 (29.4)
Casado	49 (41.2)	56 (47.0)
Unido	6 (5.0)	7 (5.9)
Divorciado	11 (9.2)	17 (14.3)
Viudo	4 (3.4)	4 (3.4)
Escolaridad (%)		
Sin educación formal	0	0
Primaria	4 (3.4)	1 (0.8)
Secundaria	33 (27.7)	29 (24.4)
Universitaria	82 (68.9)	89 (74.8)
Consumo de alcohol (%)		
Sí	73 (61.3)	55 (46.2)
No	46 (38.7)	64 (53.8)
Presencia de comorbilidad psiquiátrica (%)		
Sí	52 (43.7)	32 (26.9)
No	67 (56.3)	87 (73.1)
Niveles de dependencia de nicotina (Test de Fargestrom) (%)		
Baja	34 (28.6)	49 (41.2)
Moderada	40 (33.6)	48 (40.3)
Alta	45 (37.8)	22 (18.5)
Edad de inicio de consumo	18 ± 5.1	17 ± 5.6

Intentos previos de cesación (%)		
Con intentos previos	66 (55.5)	92 (77.3)
Sin intentos previos	53 (44.5)	27 (22.7)
Uso de multiterapia (%)		
Sí	53 (44.5)	92(77.3)
No (monoterapia)	66 (55.5)	26 (21.8)

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICO 1. PORCENTAJE SEGÚN SEXO DE LA MUESTRA. CLÍNICAS DE CESACIÓN - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.

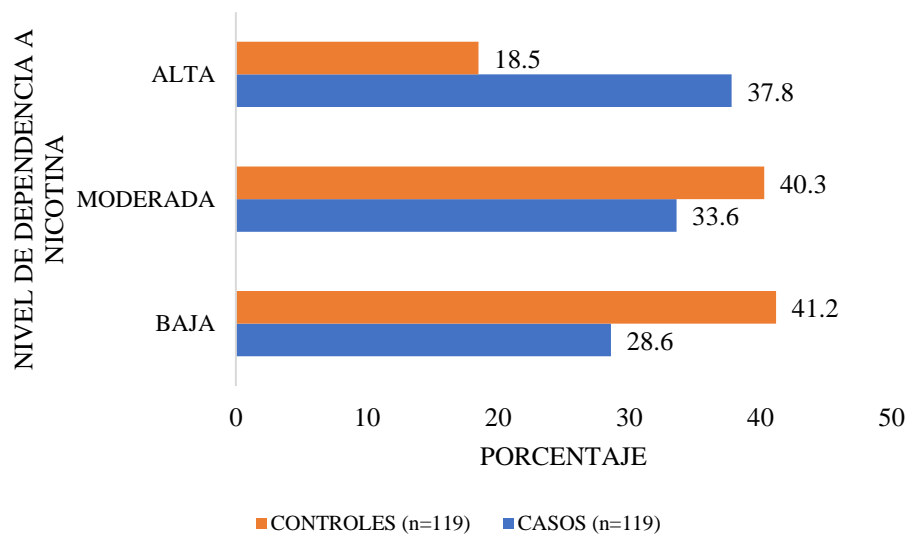


Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

En cuanto a los antecedentes personales, el consumo de alcohol se presentó con un 61.3% (73) en los casos y 46.2% (55) en los controles, mientras que la presencia de comorbilidad psiquiátrica fue mas alta para los casos que para los controles 52 (43.7%) y 32 (26.9%), respectivamente.

El nivel de dependencia a la nicotina fue mayormente **alta** en los casos 45 (37.8%) y mayormente **baja** en los controles 49 (41.2%) (ver gráfico 2); con una media de inicio de consumo cercano a 18 ± 5.1 años y 17 ± 5.6 años, tanto para casos como para los controles, respectivamente.

GRÁFICO 2. PORCENTAJE SEGÚN NIVEL DE DEPENDENCIA A NICOTINA DE CASOS Y CONTROLES. CLÍNICAS DE CESACIÓN - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.



Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

Se pudo evidenciar que aquellos que ingresaron a la clínica de cesación tuvieron mayores intentos previos de dejar de fumar, con 55.5% (66) para casos y 77.3% (92) para controles. Sin embargo, el 55.5% (66) de los casos fueron tratados con monoterapia en su ingreso a la clínica, versus un 77.3% (92) de los controles que sí recibieron terapia combinada (terapia farmacológica y psicoterapia).

Dentro de la terapia múltiple se puede describir que dentro de la psicoterapia, la terapia mayormente utilizada fue cognitivo conductual y dentro de la farmacoterapia, la vareniclina

fue el fármaco mayormente utilizado en clínicas de las instalaciones del MINSA, ya que en la CSS las clínicas de cesación no disponen del mismo.

Análisis bivariado

Se procedió a elaborar tablas tetracórica para el análisis de los datos y establecimiento de la significancia estadística.

TABLA 2. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN SEXO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017

Sexo	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Masculino	78	66	144
Femenino	41	53	94
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
2.1275	1.5277	0.9054 – 2.5776	0.1447

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

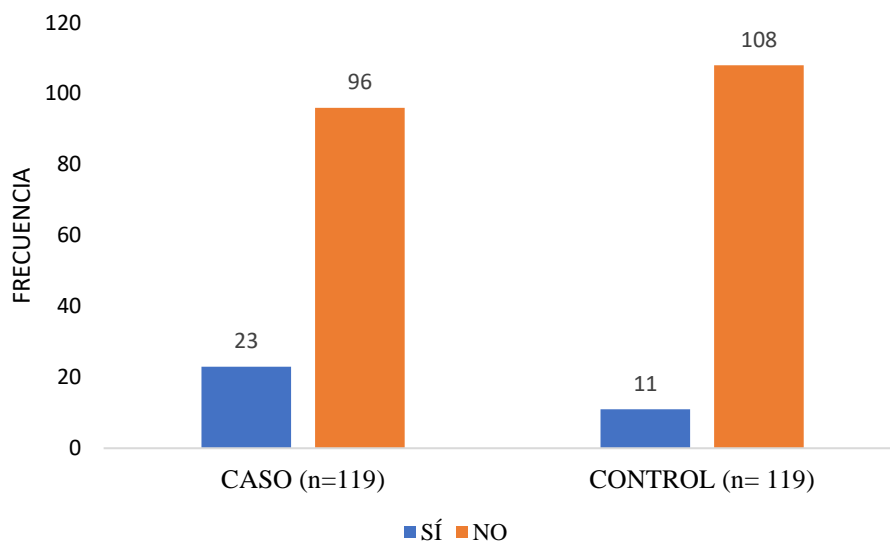
TABLA 3. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN EDAD MENOR DE 35 AÑOS.
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017

Edad < 35 años	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	23	11	34
No	96	108	204
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
4.152	2.3523	1.0899 – 5.0769	0.0416

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN EDAD MENOR DE 35 AÑOS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. PANAMÁ 2016-2017.



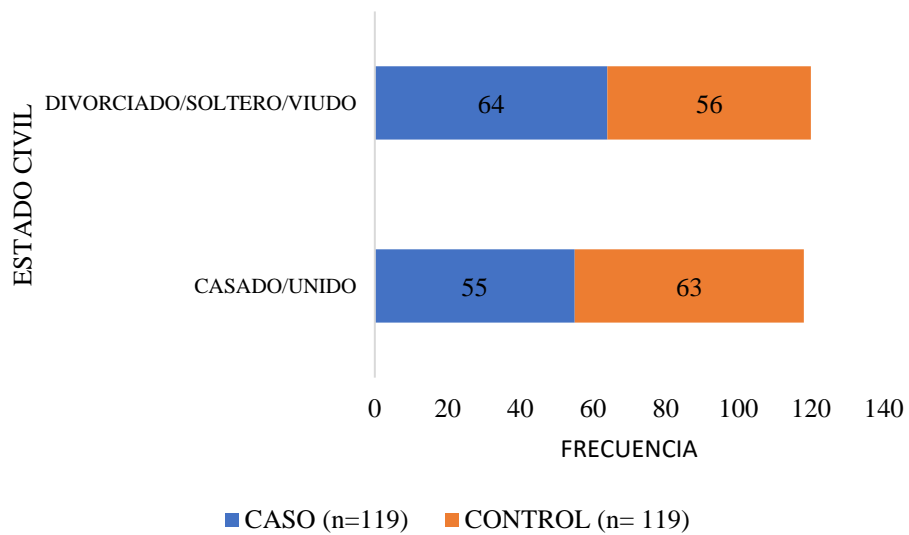
Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

TABLA 4. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ESTADO CIVIL.

Estado civil	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
casado/unido	55	63	118
divorciado/soltero/viudo	64	56	120
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
0.8236	0.7639	0.459 – 1.2713	0.3641

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICO 4. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ESTADO CIVIL.

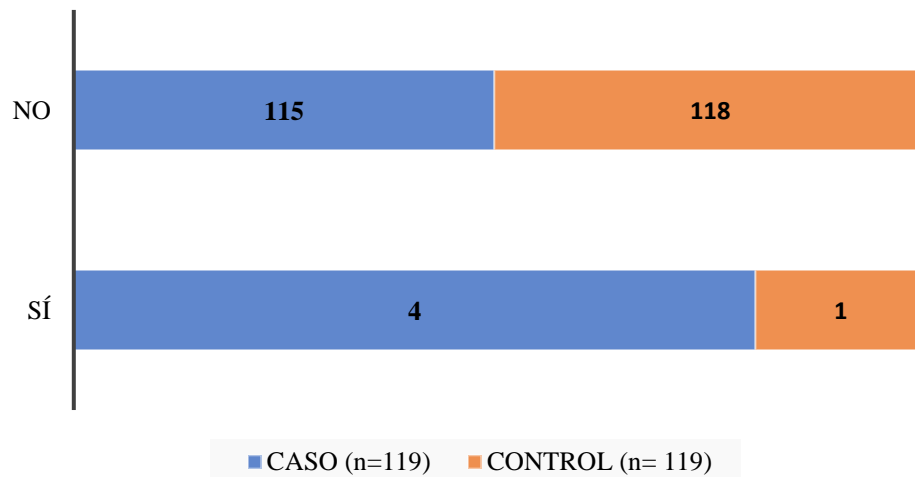
Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

TABLA 5. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD PRIMARIA.

Primaria	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	4	1	5
No	115	118	233
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
0.8172	4.1043	0.4519 – 37.2776	0.366

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 5. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ESCOLARIDAD PRIMARIA.

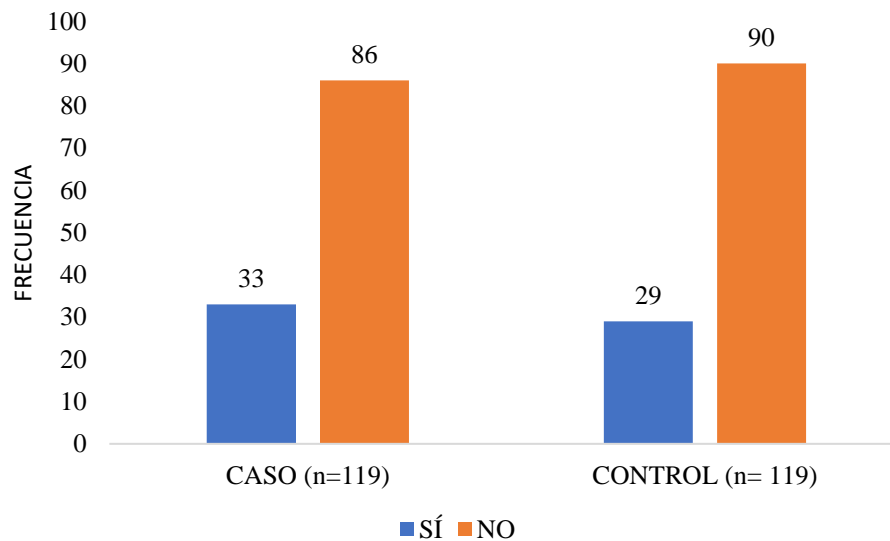
Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

TABLA 5.1 TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD SECUNDARIA.

Secundaria	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	33	29	62
No	86	90	176
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
0.1963	1.1909	0.6669 – 2.1266	0.6577

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 5.1. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ESCOLARIDAD SECUNDARIA.

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

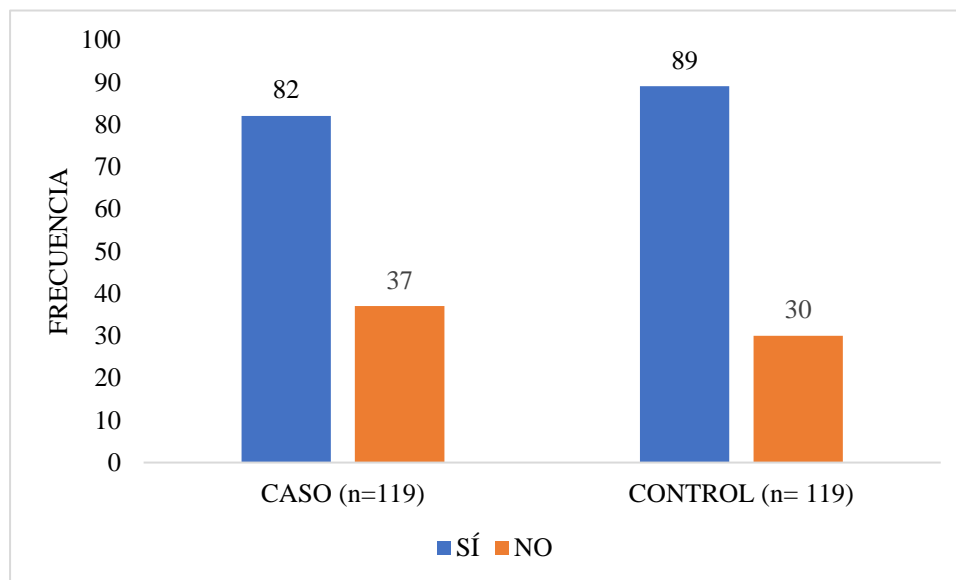
TABLA 5.2. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD UNIVERSITARIA.

Universitaria	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	82	89	171
No	37	30	67
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
0.7478	0.747	0.4236 – 1.3175	0.3872

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 5.1. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ESCOLARIDAD UNIVERSITARIA.



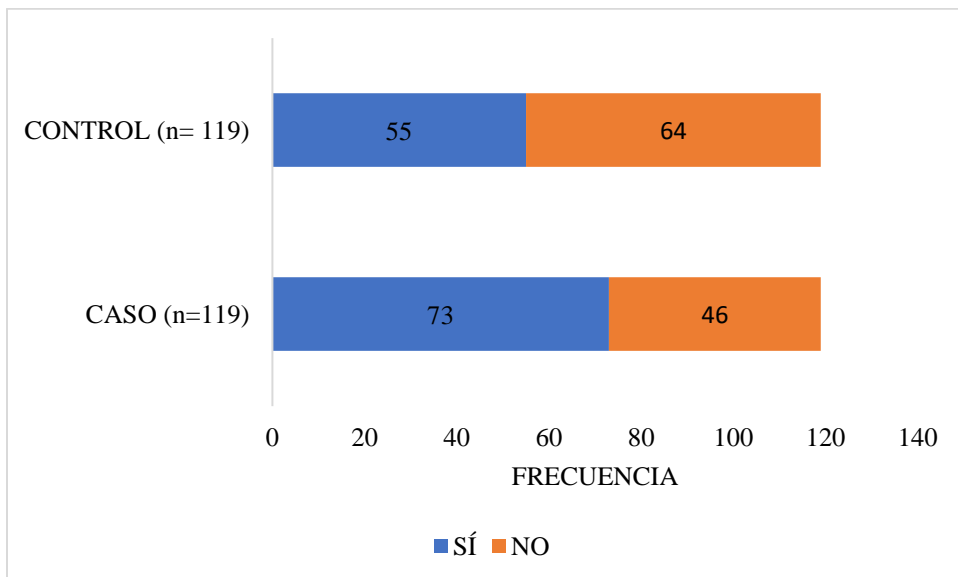
Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

TABLA 6. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL.

Consumo de alcohol	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	73	55	128
No	46	64	110
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
4.8851	1.8466	1.1025 - 3.093	0.0271

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 6. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL.

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

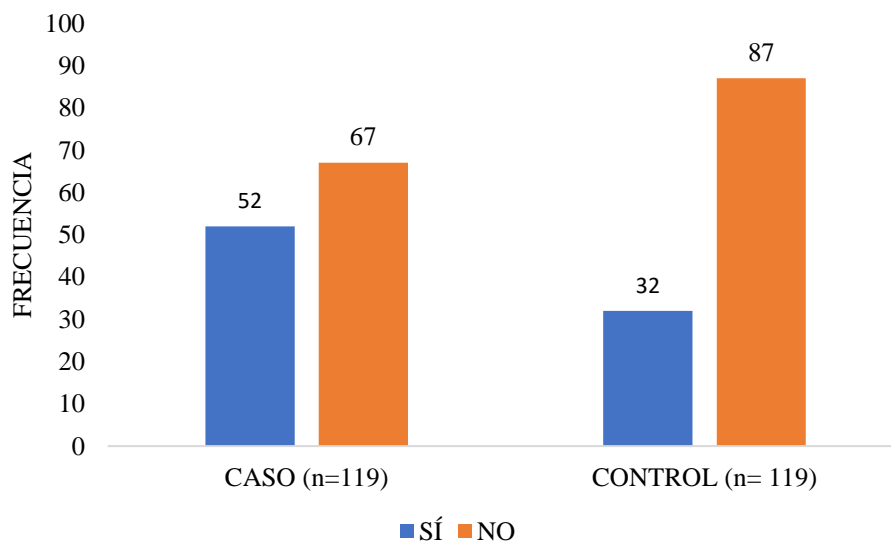
TABLA 7. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ANTECEDENTE DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.

Comorbilidad psiquiátrica	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	52	32	84
No	67	87	154
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
6.6418	2.1101	1.2253 – 3.6337	0.01

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 7. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ANTECEDENTE DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.



Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

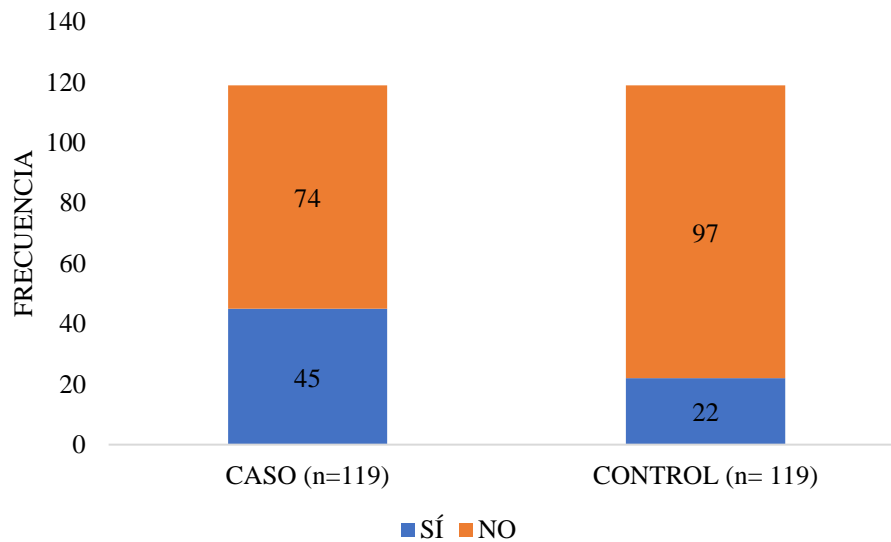
TABLA 8. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN ALTA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.

Dependencia alta	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	45	22	67
No	74	97	171
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
10.05	2.68	1.482 – 4.8508	0.0015

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 8. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN ALTA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.



Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

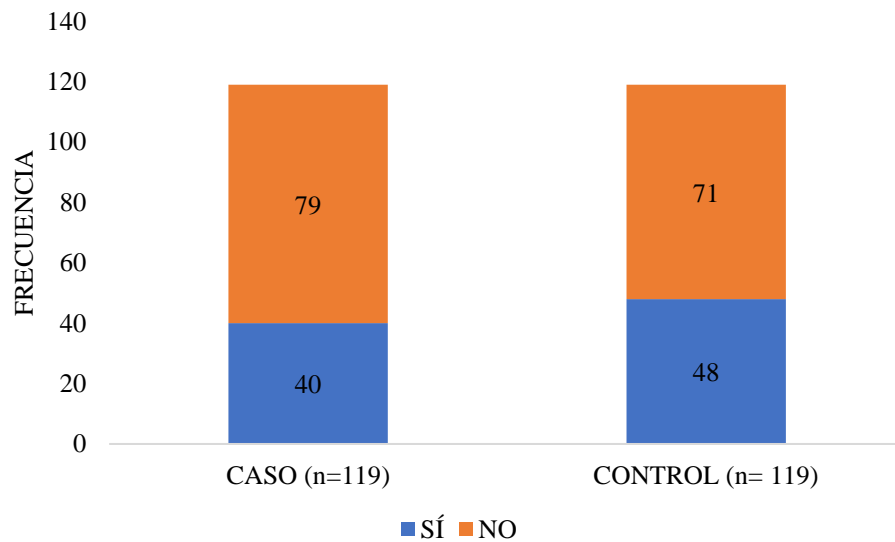
TABLA 8.1 TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN MODERADA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.

Dependencia moderada	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	40	48	88
No	79	71	150
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
0.8835	0.7489	0.4417 – 1.2699	0.3472

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 8.1. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN MODERADA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.



Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

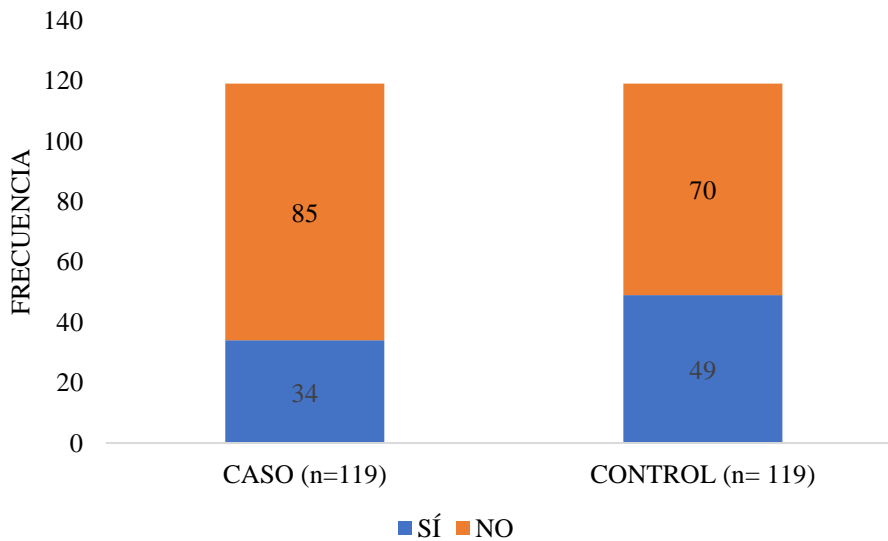
TABLA 8.2. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN BAJA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.

Dependencia baja	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	34	49	83
No	85	70	155
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
3.626	0.5714	0.333 – 0.9805	0.0569

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 8.2. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN BAJA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.



Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

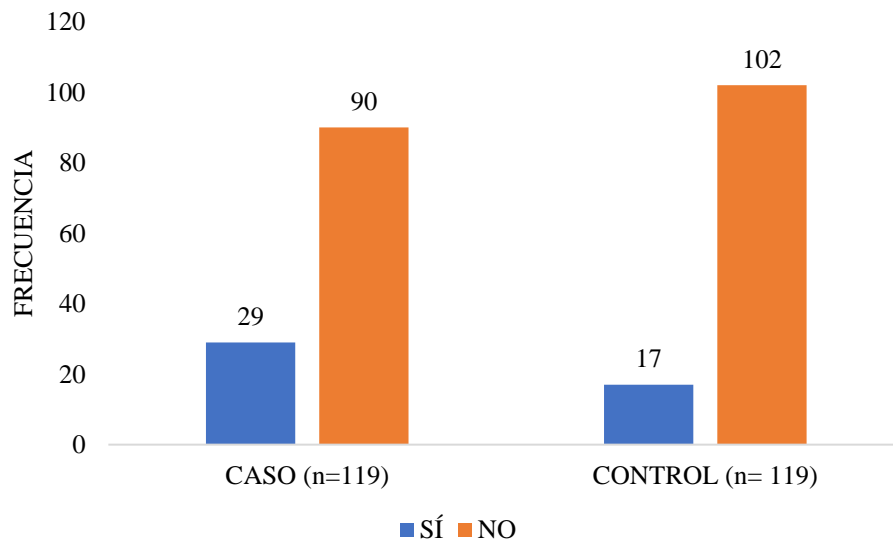
TABLA 9. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN EDAD DE INICIO DE CONSUMO MENOR A 15 AÑOS.

Edad < 15 años	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	29	17	46
No	90	102	192
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
3.2606	1.9333	0.9968 – 3.7496	0.071

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 9. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN EDAD DE INICIO DE CONSUMO MENOR A 15 AÑOS.



Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

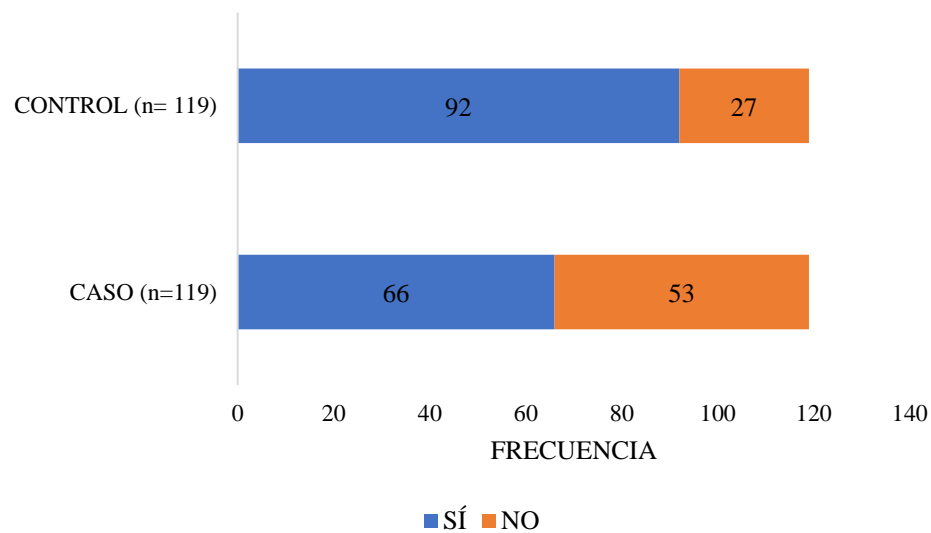
TABLA 10. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN INTENTOS PREVIOS DE CESACIÓN.

Intentos previos	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	66	92	84
No	53	27	154
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
11.7682	0.3655	0.2085 – 0.6405	0.0006

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 10. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN INTENTOS PREVIOS DE CESACIÓN.



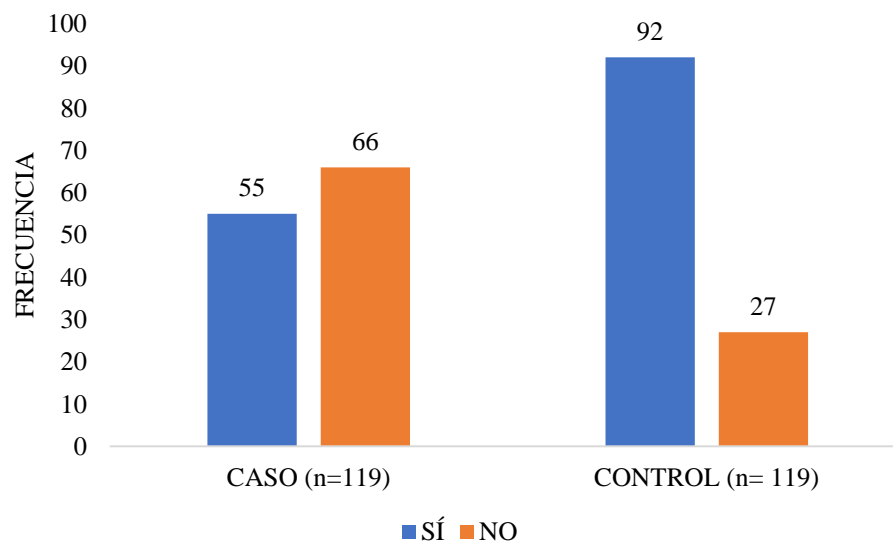
Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

TABLA 11. TABLA DE CONTINGENCIA SEGÚN USO DE TERAPIA MÚLTIPLE.

Terapia múltiple	No adherencia terapéutica		Total
	+	-	
Sí	55	92	145
No	66	27	93
Total	119	119	238

Chi- cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
25.4855	0.2357	0.1345 – 0.413	0

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

GRÁFICA 11. FRECUENCIA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN USO DE TERAPIA MÚLTIPLE MENOR A 15 AÑOS.

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

TABLA 12. RESUMEN DEL ANÁLISIS BIVARIADO DEL ESTUDIO. CLÍNICAS DE CESACIÓN - REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 2016-2017.

Variables	Chi-cuadrado	OR	IC 95%	Valor p
Sexo	2.13	1.53	0.90-2.58	0.1447
Edad < 35 años	4.15	2.35**	1.09-5.08	0.0416*
Estado civil casado/unido	0.82	0.76	0.46 – 1.27	0.3641
Nivel educativo				
Sin educación	nr	nr	nr	nr
Primaria	0.82	4.10	0.45 – 37.28	0.366
Secundaria	0.20	1.19	0.67 – 2.13	0.6577
Universitaria	0.75	0.75	0.42 – 1.32	0.3872
Consumo de alcohol	4.89	1.85**	1.10 – 3.09	0.0271*
Comorbilidad psiquiátrica	6.64	2.11**	1.23 – 3.63	0.01*
Niveles de dependencia a nicotina				
Alta	10.05	2.68**	1.48 – 4.85	0.0015*
Moderada	0.88	0.75	0.44 – 1.27	0.3472
Baja	3.63	0.57	0.33 – 0.98	0.0569
Edad de inicio de consumo < 15 años	3.26	1.93	0.99-3.75	0.071

Intentos previos de cesación	11.77	0.36***	0.21-0.64	0.0006*
Terapia múltiple	25.48	0.24***	0.13-0.41	0.000*

* Factores estadísticamente significativos, $p < 0.05$

** Factores de riesgo, $OR > 1$

*** Factores protectores, $OR < 1$

nr = No se reportaron individuos en esta categoría

Fuente: Clínicas de Cesación MINSA – CSS. Región Metropolitana de Salud.

DISCUSIÓN

Características generales

Estudios han demostrado que la adherencia terapéutica es fundamental para la cesación de tabaquismo. Sin embargo, actualmente no se cuenta con el tratamiento estandarizado a nivel nacional en las clínicas de cesación tanto del MINSA y de la CSS, pudiera deberse a la falta de recursos para la adquisición de fármacos, desabastecimiento o factores propios que afectan al individuo que desea dejar de fumar.

A pesar de que en la literatura se describe que, dentro de las características demográficas, el **sexo** masculino fue asociado con mejor adherencia terapéutica para la cesación del tabaquismo (Pacek L, 2018), en este estudio no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.1447$) en cuanto a la adherencia terapéutica y el sexo.

El análisis de la cesación de quienes son menores de 35 años de **edad** muestra cómo estas personas dejan de fumar significativamente menos ($p = 0.042$) que quienes son mayores de esta edad. Esto representa un mayor riesgo de no adherencia terapéutica en los menores de 35 años que ingresen a las clínicas de cesación, con un OR en 2.35 (IC 95% 1.09-5.08); estos hallazgos son similares a los encontrados por Martín et al. en el 2016 (Martín, 2016). Por el contrario, en otros estudios se encontró que tener una mayor edad se asocia con mejor adherencia para la cesación (Pacek L, 2018).

En este estudio no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.3641$) entre las categorías del **estado civil**, similar al hallazgo de Margolis et al. donde aquellos que recientemente enviudaron, se divorciaron y se volvieron a emparejar tienen cambios de tabaquismo similares a los que constantemente no tienen pareja (Margolis R, 2016). A pesar de estos hallazgos, es importante examinar la adherencia al tratamiento desde la perspectiva del estado civil, lo que puede deberse en parte al control social directo e

indirecto dentro de la pareja, por otra parte, el tabaquismo de la pareja también se asocia con una menor adherencia al abandono del hábito de fumar a corto plazo.

A pesar que en la literatura hay evidencia que las tasas de cesación entre los fumadores con menor **nivel de educación** fueron consistentemente más bajas que entre los fumadores con mayor educación (Zhuang Y, 2015), en este estudio no se pudo establecer diferencias estadísticamente significativas en los diferentes niveles educativos. Este hallazgo pudiera deberse a que la población mayormente captada en las clínicas de cesación tienen una escolaridad universitaria, por lo tanto supone que el Programa Nacional para la cesación de tabaquismo debe encontrar formas de aumentar los intentos de dejar de fumar en los grupos de menor nivel de educación, para establecer si existen o no diferencias estadísticamente significativas y seguir contribuyendo con la disminución de la prevalencia del tabaquismo a nivel nacional.

Antecedentes

Hay estudios que relacionan el éxito de la cesación del tabaquismo con la abstinencia al alcohol, ya que es crucial para el éxito de la estrategia de cesación (Kim Y, 2014). Por otra parte, el **consumo de alcohol** puede afectar los esfuerzos para dejar de fumar, como lo evidencia Lynch et al. donde las probabilidades ajustadas de continuar fumando fueron 1.54 veces mayores (IC 95%: 1.05, 2.23) para los bebedores moderados y 2.59 veces mayores (IC 95%: 1.33, 4.28) para los bebedores severos que para los no bebedores (Lynch K, 2018).

En este estudio, los consumidores de alcohol tienen probabilidades de no ser adherentes a la terapéutica de la cesación tabáquica 1.85 veces mayores (IC 95%: 1.10 – 3.09) que en los no consumidores de alcohol ($p = 0.0271$). Un hallazgo importante para tomar en cuenta en pacientes que tienen deseos de cesación y donde el abordaje debe ser multidisciplinario.

La coexistencia **comorbilidad psiquiátrica** ha sido extensamente investigada y asociada al tabaquismo. Estudios muestran que las personas con historia de depresión o el uso de antidepresivos, fueron menos propensos a dejar de fumar (Ayala D, 2017). Por otra parte, “este grupo tiene mayor prevalencia de tabaquismo, son fumadores más adictos a la nicotina y tienen menor probabilidades de cesación en relación a población general” (Trebilcock, 2017).

En este estudio se encontró que las personas que ingresaron a las clínicas de cesación y tenían alguna condición psiquiátrica previa, tienen 2.11 (IC 95% 1.23 – 3.63) veces mayor probabilidades de no ser adherentes a la terapéutica de la cesación tabáquica ($p = 0.01$), representando esto un factor de riesgo como lo evidencia la literatura internacional. Este grupo de personas tienen bajas tasas de abstinencia, por lo tanto esta comorbilidad representa un predictor negativo de cesación, conllevando a un mayor porcentaje de recaídas (Martín, 2016).

Variables de consumo

En un estudio realizado por Peña et al. se encontró que los de “mayor riesgo de fracaso son los que tienen alta **dependencia en el test de Fagerström**” (Peña P, 2016).

Como se reporta en la literatura internacional, en este estudio el mayor riesgo de adherencia al tratamiento fue estadísticamente significativo ($p = 0.0015$) en el grupo con alta dependencia a la nicotina en el Test de Fagerström, esto supone un riesgo de 10.05 (IC 95%: 1.48 – 4.85) veces mayor probabilidad de no adherencia a la terapéutica y por tanto al fracaso en la cesación. En contraste con lo anterior, se ha evidenciado que “la presencia de un grado leve de dependencia a la nicotina expresada por un puntaje menor a 4 en el test de Fagerström se asoció significativamente con la abstinencia” (Llambí M, 2008).

En este estudio no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los que iniciaron a consumir productos de tabaco a menos de 15 años versus los mayores e iguales de 15 ($p = 0.071$), sin embargo, hay evidencia que revela que la **edad de inicio de consumo** ($15,5 \pm 4,1$ años) mostró ser un factor de riesgo significativo para la recaída durante la deshabituación tabáquica, sobre todo entre el sexo masculino (Flores G, 2005). Restringir el consumo en los jóvenes ayudaría a proteger su salud y probablemente tendría un impacto para disminuir la mortalidad asociada al tabaquismo en los adultos.

Por otra parte, hay estudios donde los escenarios de restricción de la edad de inicio del consumo mostraron las reducciones esperadas en las tasas de tabaquismo en adultos (Borraccia R, 2014).

Los **intentos previos** de cesación ayudan a comprender la valoración de la disposición del fumador ante un cambio por lo que forzar un intento no aumenta la tasa de éxito y esto con la finalidad de diferenciar tipos de estrategias dependiendo de si las personas están o no preparadas para dejar el hábito en ese momento (Ministerio de Salud, 2016).

Esto se evidenció en los pacientes que previamente habían intentado dejar el tabaquismo, fueron aquellos donde la adherencia al tratamiento fue estadísticamente significativo ($p = 0.0006$) y se mostró como factor protector dentro del análisis bivariado (OR = 0.21 IC 95%: 0.21-0.64) contra la no adherencia terapéutica.

En otros estudios se ha observado que “los hombres sin intentos previos de dejar de fumar tienen menor probabilidad de querer dejar de fumar, versus las fumadoras del sexo femenino”. Esta relación de los intentos previos de dejar de fumar son importantes ya que se asocian con la disponibilidad a aceptar un tratamiento de cesación tabáquica (Serván-Mori E, 2012).

Variables relacionadas con el tratamiento

La mayoría de las tasas de éxito incluyen una **combinación** (terapia multicomponente) de tratamiento farmacológico y no farmacológico (como las terapias psico-conductuales). En una revisión sistemática se encontró que “el apoyo conductual y ciertas farmacoterapias aumentan la posibilidad de un cese exitoso para las personas que intentan dejar de fumar” y por tanto una mejor adherencia durante su tratamiento (Stead L, 2016).

Esto se comprobó en los pacientes que ingresaron a las clínicas de cesación durante el periodo de estudio, donde el empleo de terapia múltiple (fármaco y psicoterapia) fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$) en la adherencia terapéutica, comportandose como un factor protector (OR = 0.24 IC 95%: 0.13-0.41) contra la no adherencia terapéutica en la cesación tabáquica. Este hallazgo es importante para tratar de estandarizar el tratamiento múltiple (fármaco y psicoterapia) en las clínicas a nivel de la Región metropolitana, ya que la monoterapia no muestra beneficio en la adherencia.

Limitantes del estudio

1. Por tratarse de un estudio observacional pudiera existir variables de confusión que interfieran en el efecto de los hallazgos encontrados, por lo que sería factible realizar estudios con análisis multivariantes para establecer mayor fuerza de asociación.
2. Al tratarse de un estudio realizado en la Región Metropolitana de Salud, los resultados obtenidos pueden no ser totalmente extrapolables a la población general.

CONCLUSIONES

- En este estudio, se ha tratado de comprender la relación entre los diferentes factores socioepidemiológicos, antecedentes personales, variables de consumo, variables relacionadas con el tratamiento y la adherencia terapéutica en las clínicas de cesación de la Región Metropolitana.
- En el análisis univariado el sexo masculino predominó en ambos grupos con una media de edad de 46 (IQR 18-74) y 55 (IQR 18-77) para casos y controles, respectivamente, sin embargo; en el análisis bivariado no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.1447$) en cuanto a la no adherencia terapéutica y el sexo, pero sí se evidenció que los menores de 35 años dejan de fumar significativamente menos ($p = 0.042$) que quienes son mayores de esta edad.
- Socioepidemiológicamente no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.3641$) entre las categorías del estado civil ni en los diferentes niveles educativos. Este hallazgo pudiera deberse a que la población mayormente captada en las clínicas de cesación tienen una escolaridad universitaria como se describe de manera univariada.
- En este estudio, los consumidores de alcohol ($p = 0.0271$), los pacientes con alguna condición psiquiátrica previa ($p = 0.01$) y los que tienen una alta dependencia a la nicotina en el Test de Fagerström ($p = 0.0015$), tienen mayores probabilidades de no ser adherentes a la terapéutica de la cesación tabáquica.
- No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los que iniciaron a consumir productos de tabaco a menos de 15 años versus los mayores e iguales de 15 ($p = 0.071$).

- Sin embargo, en los pacientes que previamente habían intentado dejar el tabaquismo ($p = 0.0006$) y aquellos en los que se utilizó terapia múltiple (fármaco y psicoterapia) ($p < 0.01$), fueron aquellos donde la adherencia al tratamiento fue estadísticamente significativo y se mostró como factor protector dentro del análisis bivariado contra la no adherencia terapéutica.

RECOMENDACIONES

1. Se debe estandarizar el tratamiento en las clínicas de cesación del tabaquismo ya que está comprobado que la terapia farmacológica y psicoterapia mejoran la adherencia terapéutica y por tanto la cesación tabáquica. De igual manera, el uso de vareniclina está ampliamente documentado que mejora la adherencia al tratamiento, sin embargo, hay clínicas de cesación que no disponen del tratamiento.
2. Se debe encontrar formas de aumentar los intentos de dejar de fumar en los grupos de menor nivel de educación y menores de 35 años, a través de promoción de estilos de vida saludable, divulgación del programa de cesación de tabaquismo que llevan las clínicas.
3. Se debe estandarizar la hoja de historia clínica de las clínicas de cesación en todas las instalaciones de salud donde se encuentren estas, para mejor captación de los datos.
4. Realizar otros estudios que involucren factores en el entorno familiar, laboral y económico para abarcar mayores causas asociadas a la no adherencia y trabajar en ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayala D, P. N. (2017). Factors associated with cessation of smoking among Swiss adults between 1991 and 2011: results from the SAPALDIA cohort. *Swiss Med Wkly*, 1-17.
- Cancer.gov. (25 de octubre de 2010). Cancer.gov. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/hoja-informativa-tabaco-sin-humo>
- Conesa P, E. P. (2000). Operativización de variables en la investigación psicológica. *Psicothema*, 157-162.
- Corvalán, M. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Rev Chil Enferm Respir*, 186-189.
- Drope J, S. N. (2018). *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies: The American Cancer Society, Inc.
- FDA. (19 de junio de 2019). United States Food and Drugs Administration. Obtenido de Vaporizers, E-Cigarettes, and other Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS): <https://www.fda.gov/tobacco-products/products-ingredients-components/vaporizers-e-cigarettes-and-other-electronic-nicotine-delivery-systems-ends>
- García, P., & Gálvez, E. (2016). Tabaquismo: valores e integralidad. *Rev Med Electrón*, 38.
- Global Tobacco Control. (2018). Global Tobacco Control. Obtenido de Global Tobacco Control: Learning from the Experts: <https://www.globaltobaccocontrol.org/node/14124/review>
- Goren A, A. K. (2014). Smoking Cessation and Attempted Cessation among Adults in the United States. *PLOS ONE*, 1-12.
- Gunay T, P. O. (2014). Smoking habits and cessation success. *Saudi Med J*, 585-591.
- Hernández, D., Díaz, M., Larrinaga, V., Rivas, E., & Bárbara, N. (Septiembre de 2014). Impacto de un programa de cesación tabáquica en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*.
- Herrera V, M. I. (2017). Impacto del incremento del impuesto a los productos de tabaco sobre la recaudación y los precios en Panamá. *Value in Health Regional Issues*, 57-63.
- Herrera V, Z. J. (2017). Quiénes quieren dejar fumar y su disposición a pagar por cesación en Panamá? *salud pública de méxico*, 54-62.
- INEC. (2016). Panamá, Estado Conyugal y Estructura Familiar por Provincia y Comarca Indígena, Censo 2010. Panamá: INEC Panamá.
- Instituto Nacional de Cancerología ESE. (2016). *CESACIÓN TABÁQUICA: Compilación de las recomendaciones actualizadas para Profesionales de la salud en Colombia*. Instituto Nacional de Cancerología - ESE Colombia. Bogotá, D.C.: ESE Colombia.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2016). *CESACIÓN TABÁQUICA: Compilación de las recomendaciones actualizadas para Profesionales de la salud en Colombia*. Bogotá: ESE Colombia.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2013). Programa para dejar de fumar: Manual para facilitadores en la cesación del tabaco. San José: IAFA.
- Instituto Vasco de Estadística. (2017). Eustat. Obtenido de Instituto Vasco de Estadística: http://es.eustat.eus/documentos/elem_1750/definicion.html
- Jang, J., Song, M., & Yoon, H. (2015). What are the major determinants in the success of smoking cessation: Results from the health examinees study. *Plos one*, 10.
- Karadogan D, Ö. Ö. (2018). Treatment adherence and short-term outcomes of smoking cessation outpatient clinic patients. *Tob. Induc. Dis.*, 1-10.

- Kim Y, C. W. (2014). Factor Associated with Successful Smoking Cessation in Korean Adult Males: findings from a National Survey. *Iran J Public Health*, 1486-1496.
- Layden J, G. I. (2019). Pulmonary Illness Related to E-Cigarette Use in Illinois and Wisconsin — Preliminary Report. *The New England Journal of Medicine*, 1-14.
- Llambí M, E. E. (2008). Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Rev Med Urug*, 83-93.
- Lynch K, T. J. (2018). Level of Alcohol Consumption and Successful Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*.
- Margolis R, W. L. (2016). Better Off Alone Than With a Smoker: The Influence of Partner's Smoking Behavior in Later Life. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 687-697.
- Marqueta A, N. I. (2017). Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar: resultados a corto y largo plazo. *Adicciones*, 13-21.
- Martín Suárez M de los A, E. G. (2015). Comportamiento del tabaquismo en los adolescentes del Reparto Fructuoso Rodríguez, Cárdenas. *Rev Méd Electrón*, 579-588.
- Martín, F. (2016). Factores asociados con la cesación tabáquica en los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabitación Tabáquica del Servicio Cántabro de Salud. Santander: Universidad de Cantabria.
- Mayo Clinic. (24 de febrero de 2018). [mayoclinic.org](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968). Obtenido de [mayoclinic.org](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968): <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>
- Ministerio de Salud. (2016). Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Obtenido de <http://www.msal.gov.ar>: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000536cnt-2017-06_guia-tratamiento-adiccion-tabaco_guia-breve.pdf
- Ministerio de Salud. (2017). Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2014). Indicadores para la evaluación de los programas de control del tabaquismo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- MINSALUD - CSS. (2008). Guía Clínica para la Cesación del Tabaquismo en Panamá. Panamá.
- MINSALUD / ICGES. (2007). Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida ENSCAVI 2007. Panamá: MINSALUD - ICGES.
- MINSALUD / ICGES. (2012). Prevalencia de factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular PREFREC 2010. Panamá: MINSALUD / ICGES.
- MINSALUD. (2017). Ministerio de Salud. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.pa/noticia/panama-se-situa-como-segundo-pais-en-america-con-menor-consumo-de-tabaco>.
- MINSALUD/ICGES. (2013). Encuesta Mundial de Tabaco - EMTA. Panamá.
- MINSALUD. (2017). Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. Bogotá, D.C. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social .
- OMS. (2005). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. . Geneva: © Organización Mundial de la Salud 2003.
- OPS / OMS. (2018). Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS / OMS. (2018). Jóvenes y Tabaco en la Región de las Américas. Resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (2010 - 2017). Washington, D.C.: OPS: Organización Panamericana de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (9 de marzo de 2018). who.int. Recuperado el 7 de Mayo de 2019, de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Oviedo C, E. F. (2013). Factors associated with smoking cessation in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1555-1564.
- Pacek L, M. J. (2018). Adherence to Pharmacological Smoking Cessation Interventions: A Literature Review and Synthesis of Correlates and Barriers. *Nicotine & Tobacco Research*, 1163–1172.
- Peña P, y. Z. (2017). Vareniclina. *Rev Chil Enferm Respir* , 212-215.
- Peña P, Z. M. (2016). Factores asociados con el éxito de la terapia antitabaco en pacientes tratados con vareniclina: 10 años de experiencia en un programa multidisciplinario. *Rev Med Chil*, 965-971.
- Pippo, A., Llambí, L., Fontao, S., Albistur, J., & al, e. (2018). Tabaquismo y género: conocimiento sobre enfermedades tabaco- dependientes en la mujer, entre usuarias hospitalizadas en hospitales públicos de Montevideo 2017. *Rev. urug. med. interna*. ISSN: 2393-6797, 22-30.
- Raich A, M. J. (2015). Smoking cessation after 12 months with multi-component therapy. *Adicciones*, 37-46.
- Repositorio Digital. (2018). <http://repositorio.upct.es>. Obtenido de Repositorio Digital - Universidad Politécnica de Cartagena: <http://repositorio.upct.es/xmlui/bitstream/handle/10317/7437/tfm-ibe-pro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Romero L, R. S. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoc. salud.*, 117-137.
- Serván-Mori E, H. I. (2012). Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de disponibilidad a pagar por un método efectivo de cesación. *Salud Pública de México*, 213-224.
- SISVISCTA. (2007). Panamalibredetabaco.com. Obtenido de Observatorio Documental: http://www.gorgas.gob.pa/SitioWebTabaco/documentos/IMPUESTO_AL_TABACO_EN_PANAMA.pdf
- Stead L, K. P. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Library*, 1-117.
- Trebilcock, J. (2017). Tabaquismo en pacientes con diagnóstico psiquiátrico. *Rev Chil Enferm Respir*, 232-235.
- UNESCO. (2013). Clasificación internacional normalizada de la educación. Quebec: Instituto de Estadística de la UNESCO.
- Vázquez, M. (Diciembre de 2015). Factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia: estado tamaulipas, méxico. Estado de Tamaulipas, México.
- WHO. (2003). Adherence to long-term therapies. Geneva: WHO publications . Obtenido de Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/8.8.3.html>
- WHO. (2003). WHO. Obtenido de https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf
- WHO. (2018). Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. Geneva: WHO.
- WHO. (2019). Diez datos sobre el género y el tabaco. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/facts/es/index2.html

Yang J, S. M. (2015). Success of Smoking Cessation: Results from the Health Examinees Study. PLoS ONE, 1-16.

Zhuang Y, G. A. (2015). Comparison of Smoking Cessation Between Education Groups: Findings From 2 US National Surveys Over 2 Decades. American Journal of Public Health, 373-379.

Anexo 2. Presupuesto

Presupuesto Estimado	
Descripción	Importe en B/.
Computadora	1,999.00
Impresora	99.99
Internet	300.00
Memoria externa	80.00
Papel bond 8 ½ x 11	30.00
Útiles de oficina	100.00
Transporte / Combustible	900.00
Teléfono	250.00
Luz	150.00
Alimentación	400.00
Reproducción de tesis	50.00
Imprevisto	300.00
Horas trabajadas (20.00 por hora por día por 5 días a la semana = 20 horas a la semana, 80 horas al mes, 960 horas en un año aproximadamente)	4,800.00
Total	9,458.99

*** Autofinanciado

Anexo 3. Localización de las clínicas de cesación de tabaquismo. Ministerio de salud y caja de seguro social. Enero 2019.

REGIÓN	MINISTERIO DE SALUD	No. de Clínicas
Bocas del Toro	MINSA-CAPSI /Finca Las Treinta	1
Coclé	Centro de Salud Materno Infantil de Antón Centro de Salud de Penonomé Policlínica de Aguadulce (CSS) Centro de Salud de Pocrí de Aguadulce (2017)	4
Colón	Policentro Juan Antonio Núñez Centro de salud de Buena Vista (2017)	2
Chiriquí	Policentro de Puerto Armuelles/Barú Centro de Salud de Boquete Centro de Salud de Cerro Punta Centro de Salud de Renacimiento Coordinación de la Sede Regional Centro de Salud en la Barriada San José/David Centro de Salud de Aserrío Centro de Salud de Santa Marta Minsa Capsi de Volcán Centro Penitenciario de David	10
Herrera	Centro de Salud de La Arena Centro de Salud de Llano Bonito	5

	<p>Centro de Salud de Parita</p> <p>Centro de Salud de Santa María</p> <p>Minsa- Capsi de Ocu (agosto septiembre 2016)</p>	
Los Santos	<p>Centro de Salud de Guararé</p> <p>MINSA-CAPSI de La Villa de Los Santos</p> <p>Centro de Salud de Pedasí</p> <p>Hospital Rural de Tonosí</p> <p>Minsa Capsi Macaracas</p>	5
Metropolitana	<p>Hospital Santo Tomás</p> <p>Centro de Salud de Boca la Caja</p> <p>Centro de Salud de Rio Abajo</p> <p>Minsa Capsi Las Garzas de Pacora (inició en 2018)</p> <p>Centro Femenino de Rehabilitación (inició en 2019)</p> <p>Policlínica de San Francisco (CSS)</p> <p>Instituto Nacional de Salud Mental (inició en 2018)</p> <p>Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (CSS)</p>	8
San Miguelito	<p>Hospital San Miguel Arcángel</p> <p>Centro de Salud de Torrijos Carter</p> <p>Sub-Centro de Tinajitas</p>	3
Panamá Norte	Centro de Salud Alcalde Díaz (25 de octubre 2016)	1
Panamá Oeste	Centro de Salud de Nuevo Chorrillo	5

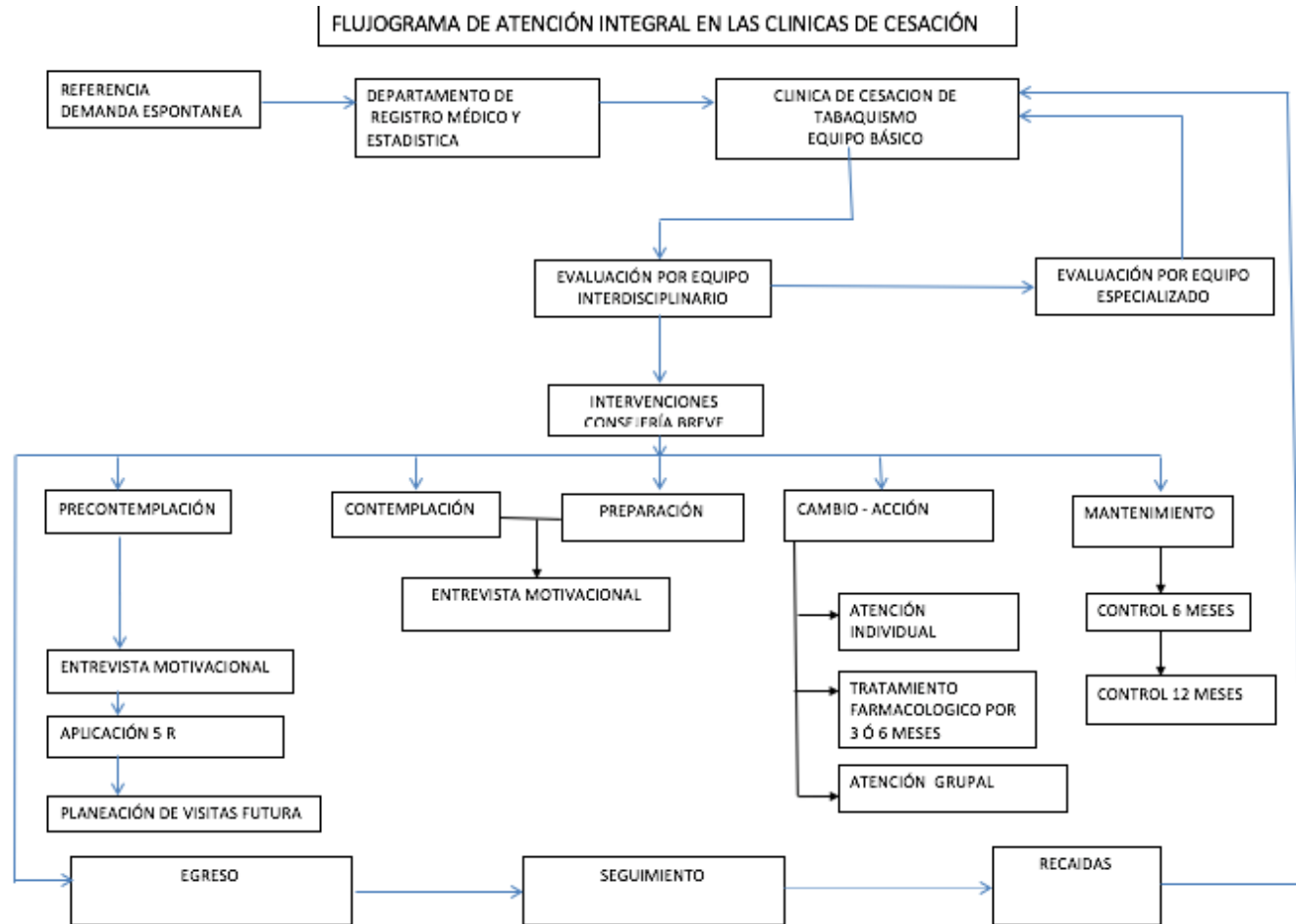
	<p>Centro de Salud de Nuevo Arraiján</p> <p>Centro de Salud de Altos de San Francisco</p> <p>Minsa Capsi Magaly Ruíz en El Coco</p> <p>Policlínica Dr. Santiago Barraza en La Chorrera (CSS)</p>	
Panamá Este	<p>Centro de Salud de Pacora</p> <p>Centro de Salud de Tortí</p> <p>Centro de Salud de San Martín</p>	3
Veraguas	<p>Centro de Salud de Santiago</p> <p>Centro de Salud de Canto del Llano</p> <p>Centro de Salud de Mariato</p> <p>Cárcel Pública</p> <p>Centro de Salud de Guarumal</p> <p>Minsa Capsi de La Mata (7 de octubre 2016)</p> <p>Hospital San Francisco Javier de Cañazas</p> <p>Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez</p>	8
Gnobe-Bugle	Hospital Regional de Oriente Chiricano	1

Total: 56

Darién inició clínica en marzo 2019 en centro de salud de Metetí

Fuente: Programa de Salud Mental. Ministerio de Salud 2019.

Anexo 4. Flujoograma de Atención Integral en las Clínicas de Cesación



Fuente: Programa de Salud Mental. Caja de Seguro Social

Anexo 5. Criterios de admisión a la Clínica

Todo paciente consumidor de productos de tabaco (independientemente de que haya consumo de otras sustancias y/o padezca de otras enfermedades mentales o discapacidad) que se pueda beneficiar de información y/o tratamiento para abandonar el consumo de tabaco. Si padece enfermedad mental deberá estar estabilizada para participar en la clínica. Si coexiste consumo de otras sustancias deberá ser referido a psiquiatría para su respectivo tratamiento.

NO SE RECOMIENDA incluir en atención grupal a pacientes:

- En etapa de de precontemplación (la persona todavía no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. En consecuencia, no suelen acudir por cuenta propia a terapia).
- Que tengan muchas resistencias al tratamiento.
- Que estén obligados a participar por terceros.
- Que tengan limitada capacidad de comprensión.
- Que tengan severos trastornos de conducta.

Anexo 6. Aprobación del Comité de Bioética de la Investigación



**SUBDIRECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION
Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid**

Comité de Bioética de la Investigación **CBI-CHDrAAM**

CBI-CHDrAAM - 051- 2020

Panamá, 18 de Marzo de 2020

Dr. Edward A. Espinosa G.

Investigador (es) Principal (es)

CHDrAAM – Caja de Seguro Social

Reciba un cordial saludo. En reunión ordinaria del Comité Bioética de La Investigación del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CBI-CHDrAAM) el día **12 de Marzo de 2020**, revisores evaluaron y discutieron Protocolo de Investigación con título: **Factores Socioepidemiológicos asociados a la No Adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las clínicas de Cesación del Tabaquismo, Región Metropolitana de Salud. Panamá 2016-2017; Versión 1.0 07 FEB 2020**. Se comprueba la adecuada respuesta en la documentación presentada; por consiguiente, se emite:

- Aprobación**
- Aprobación Condicionada
- Solicitud de Aclaraciones Mayores
- Suspender con Recomendaciones
- Rechazo
- Suspensión con Aprobación Previa



CAJA DE SEGURO SOCIAL

Apartado 08-16-06808
PANAMÁ 3, PANAMÁ

**SUBDIRECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION
Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid**

Comité de Bioética de la Investigación **CBI-CHDrAAM**

Se revisaron y aprobaron los siguientes documentos			
Nombre	Versión	Fecha	Idioma
Protocolo: Factores Socioepidemiológicos asociados a la No Adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las clínicas de Cesación del Tabaquismo, Región Metropolitana de Salud. Panamá 2016-2017.	1.0	07 FEB 2020	Español
Instrumento Recolección Datos: Factores Socioepidemiológicos asociados a la No Adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las clínicas de Cesación del Tabaquismo, Región Metropolitana de Salud. Panamá 2016-2017, Pág. (2/2)	1.0	07 FEB 2020	Español

Por este medio se hace constar que los siguientes miembros del CBI-CHDrAAM estuvieron presentes en la sesión en la cual se APROBO el protocolo	
Nombre	Institución a la que representa
Dr. Alcibíades Solís	CHDrAAM
Dra. Aneth Samudio	CHDrAAM
Licda. Elena Cobas	Universidad de Panamá
Dr. Ricardo Williams	CHDrAAM
Licdo. Alejandro Vernaza	CHDrAAM
Licdo. Juan Moscoso	CHDrAAM

Página 2 de 3

Comité Bioética de la Investigación - Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid -
Piso 10, Teléfono 503-6874
cbi.chdraam@gmail.com

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Apartado 08-14-0600
PANAMÁ 3, PANAMÁ

SUBDIRECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION
Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid

Comité de Bioética de la Investigación CBI-CHDrAAM

La aprobación está sujeta al cumplimiento de las siguientes responsabilidades del Investigador Principal, quien deberá velar y garantizar su cumplimiento durante el desarrollo del estudio en el sitio de investigación a su cargo y como parte del seguimiento que éste Comité dará a su investigación, deberá presentar por escrito lo siguiente:

1. Fecha de inicio y culminación del estudio.
2. Reportar el status de su investigación cada mes.
3. Reportar de inmediato cualquier adenda a la investigación y solicitar aprobación en caso de ser necesario
4. Reportar en un plazo menor de 24 horas cualquier efecto adverso serio, cuando aplique.
5. Presentar copia digitalizada de su informe final y/o publicación, tan pronto finalice la investigación.

Por este medio se certifica que la información arriba descrita es fiel y verdadera según se refleja en los archivos y documentación del Comité de Bioética de la Investigación del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid – Caja de Seguro Social - Panamá.

Atentamente;

Dr. Alcibiades Solís

Presidente del Comité de Bioética de Investigación

CHDrAAM - CSS



Página 3 de 3