

Ayuda para deshabituación tabáquica grupal en la factoría Thyssenkrupp Norte de Mieres

¹ Luis Antonio de Mendiola Cortina

² José Luis Blanco

¹ Enfermero del Centro de Salud de Mieres Sur. Máster en Tabaquismo por las Universidades de Cantabria y de Sevilla. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante.

² Enfermero del Centro de Salud de Mieres Norte.

Resumen

Objetivo: ayudar en la deshabituación tabáquica en formato grupal es una intervención necesaria y efectiva por las dimensiones del problema de salud pública actual.

Material y método: estudio descriptivo. Se realizó en el año 2011 y, a través de la Gerencia de Atención Primaria del Área VII de Asturias, se informó a las empresas del Concejo de Mieres (Ayuntamiento, Juzgados, Policía Local, Campus de Mieres, empresas de la factoría Thyssen), de la realización del estudio para que sus trabajadores fumadores que quisieran dejar de fumar lo hicieran. Solo la Factoría Thyssenkrupp mostró interés en los talleres. De esta empresa, once trabajadores iniciaron el proceso de ayuda; inicialmente consistió en una entrevista individual explicativa del proceso de ayuda y una toma de los datos iniciales sobre consumo, año de inicio, paquetes/año, cigarrillos/día, CO (monóxido de carbono), etc.

Seguidamente se realizaron talleres presenciales, impartidos por dos docentes enfermeros en cada taller. El número total de talleres fue de nueve, con una duración aproximada de dos horas cada uno.

Se trata de una intervención multicomponente, que combina técnicas fundamentalmente conductuales y tratamiento farmacológico, y que es la que se ha demostrado como más eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar.

Resultados: la ayuda en grupo en la deshabituación del tabaquismo es eficiente y coste-efectiva. Para que sea así, dicha ayuda debe reunir unas características específicas, tanto generales como de los terapeutas y del grupo. Asimismo, precisa de una estructura y componentes determinados. Once personas iniciaron la deshabituación tabáquica; al año de no fumar, cuatro de ellos (36,36%) se consideraron ex fumadores. La cantidad de tabaco consumida, el número de paquetes año, de media, es de 22,09 paquetes/año. El test de Fagerström concluyó que cinco tenían una dependencia baja y seis moderada. La cantidad de (CO) presenta un nivel medio inicial alto + 20 ppm (partículas por millón). La edad de inicio media fue de diecisiete años. El número de años fumando tiene una media de 23,63 años de fumador. El consumo inicial de cigarrillos era de diecinueve cigarrillos al día, siendo un consumo alto.

Conclusiones: sin embargo, a pesar del nivel de dependencia importante (test de Fagerström), de los altos niveles de CO, de la edad de inicio tan baja, y de presentar un consumo inicial tan alto, el número de ex fumadores al año del abandono, que resultó ser entre un 20-40%, se corresponde con el de otros estudios. Igualmente la ayuda en formato grupal favorece el coste efectividad de la intervención, puesto que ofrece mejores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual.

Palabras clave: tabaco; terapia grupal; deshabituación tabáquica; enfermeras.

Abstract

Usefulness of a group approach to help in smoking cessation in Thyssenkrupp Norte factory at Mieres

Purpose: Using a group approach to help in smoking cessation is a needed and effective intervention, due to the current size of such a public health problem.

Material and methods: A descriptive study. The study was performed in 2011. Enterprises in Concejo de Mieres (city council, courts, local police, university campus at Mieres, Thyssen factory companies) were informed by the managers of the primary care district VII in Asturias about the study, so that workers wishing to quit smoking could participate in the program. ThyssenKrupp factory was the only company interested in the workshops. Eleven ThyssenKrupp factory workers were included in the program. Initially, face-to-face interviews were held to explain the participants the helping process and to collect baseline data on tobacco use, year of onset, number of packs/year, number of cigarettes/day, CO (carbon monoxide), and other details. Then, face-to-face workshops, each one driven by two teaching nurses, were conducted. Nine workshops were carried out; approximate duration of each one was two hours. This is a multi-component intervention, combining basically behavioral techniques and drug therapy. Such an intervention has been shown to be most efficient to help people to quit smoking.

Results: Group approach for helping people to quit smoking is efficient and cost-effective. In order to be useful, such help should have some specific features, both general and therapist- and group-specific. Also, some particular structure and components are needed. Eleven participants started the smoking cessation program; after a one-year non-smoking period, 4 of them (36.36%) considered themselves to be ex-smokers. Regarding the amount of tobacco use, mean number of packs-year was 22.09. According to Fagerström test, five participants had a low dependence and six showed a moderate dependence. Mean CO level was initially high: + 20 ppm (particles per million). Mean age at smoking onset was 17 years. Mean number of tobacco use years was 23.63. A high baseline use (19 cigarettes per day) was observed.

Conclusions: However, in spite of a high dependence level (Fagerström test), high CO levels, early age of onset, and a high baseline use, the proportion of ex-smokers after one year (between 20-40%) is similar to data reported by other studies. Furthermore, a group approach for help improves cost-effectiveness, with higher abstinence rates being achieved than with brief interventions and lower-cost individual therapies.

Key words: smoking; group therapy; smoking cessation.

Introducción

Numerosos estudios indican que la población fumadora desearía dejar de fumar, sin embargo, únicamente lo intentan algunos y pocos lo consiguen a la primera.

La ayuda profesional multiplica la probabilidad de éxito, potencia el papel ejemplarizante y mentaliza al propio profesional sanitario de la importancia del problema.

Por todo ello es necesaria la correcta atención a los pacientes fumadores, sobre todo si se pide ayuda explícitamente, como ha sido en este caso desde la factoría ThyssenKrupp Norte de Mieres.

El enfoque grupal, un tipo de intervención que se da de forma simultánea a varias personas, es un formato ampliamente utilizado en Educación para la Salud. En el caso del tabaquismo se ha demostrado su efectividad de forma rotunda, siendo en ello equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual y mejor que los materiales de autoayuda por sí solos.

Pero su gran ventaja es su coste-efectividad: a igual cantidad de tiempo y de recursos humanos empleados, el número de pacientes que recibe tratamiento es aproximadamente el doble que si el enfoque fuera individual.

Además, todos ellos reciben una intervención más intensiva, pues el tiempo total que se dedica a cada paciente se puede multiplicar fácilmente por cinco, lo cual, debido a la ya comentada relación dosis-respuesta de este tipo de tratamientos, demuestra su pertinencia.

El tabaquismo constituye una gran pandemia a día de hoy: más de un tercio de la población mundial mayor de 15 años fuma (1), cifra que va en aumento, sobre todo por la población joven de los países en vías de desarrollo y la población femenina de algunos países desarrollados (2).

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (3), la prevalencia ronda el 31% de la población, aunque se observa un ligero pero constante descenso del consumo.

Se pueden realizar las siguientes aseveraciones sobre el tabaquismo como adicción, con los datos de que hoy disponemos (4-5):

- La nicotina es una droga de alto poder adictivo con efectos muy complejos en el sistema nervioso central.
- El tabaquismo es un trastorno adictivo y, por lo tanto, un trastorno del comportamiento.
- La dependencia de la nicotina presenta las características de otras dependencias de drogas; administración repetida, falta de control sobre el consumo, tolerancia, abstinencia, dificultad para el abandono y recaídas.
- Un tratamiento efectivo de la adicción a la nicotina requiere el conocimiento y aplicación de aspectos comportamentales y farmacológicos.

Por lo tanto, el tabaquismo no es solo un hábito (6) y el hecho de simplificarlo tanto falsea y contribuye a su normalización, algo que habría que cambiar en la sociedad.

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable a nivel mundial, responsable de 4 millones de muertes anuales en todo el mundo. La tasa de mortalidad de los fumadores triplica a la de los no fumadores, y su esperanza de vida se reduce en 10 a 15 años. Se estima que uno de cada dos fumadores morirá por una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco. En España se producen más de 50.000 muertes al año, muchas más que las producidas por accidentes de tráfico, alcohol, el resto de las drogas, el sida y los homicidios juntos. Estas muertes seguirán aumentando en ausencia de una intervención en tabaco, sobre todo en mujeres.

Hasta ahora el uso del tabaco se ha asociado a más de 25 enfermedades, las cuales se agrupan en tres grandes "familias": cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, e incluyen procesos como cáncer de pulmón (más del 90% por el tabaco), de boca (76%), laringe (83%), esófago (80%), estómago, páncreas, vejiga (40%), riñón, uréter, cuello uterino, diversas leucemias, infarto de miocardio, angina de pecho, muerte súbita, accidente cerebrovascular (ACV), arteriopatía periférica, síntomas respiratorios inespecíficos, EPOC, asma, enfermedad periodontal, menopausia precoz, osteoporosis, infertilidad, patología placentaria, bajo peso al nacer, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte perinatal. Además tiene una posible relación con cánceres de hígado, colon, mama, vulva y pene.

El tabaquismo es por tanto el principal problema de salud pública en los países desarrollados, tanto por su magnitud como por los costes económicos y sociales que conlleva, además del sufrimiento que genera, difícil de medir cuantitativamente.

Por tanto, la iniciativa llevada a cabo desde la Gerencia de Atención Primaria del Área VII de Mieres, de ofertar a las empresas de Mieres la posibilidad de formar un grupo de deshabituación tabáquica, se constituye como prioritaria. Y en este caso particular en la empresa ThyssenKrupp, el apoyo a los fumadores que deseen dejar la adicción, resulta muy necesaria y oportuna.

Justificación

Como justificación podemos indicar que resulta necesaria la atención a aquellas personas fumadoras, sobre todo si estas expresan su intención de dejar de fumar y piden ayuda. Son fumadores que todavía no han desarrollado una enfermedad asociada al tabaco y constituyen la última oportunidad de llevar a cabo una prevención primaria.

El tabaquismo es un problema de Salud Pública, tanto por su alta prevalencia como por sus consecuencias para la salud: fumar es el mayor factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular, primera causa de muerte en los países desarrollados. Fumar es una conducta que hay que intentar cambiar porque es adictiva: las personas cambian de conducta por diversos factores o influencias y cualquier cosa puede ayudar a alguien a cambiar una conducta (reaprendizaje y desaprendizaje). El proceso de cambio es lento, y no se consigue en días o semanas, requiere más tiempo.

Ayudar a dejar de fumar es una de las intervenciones preventivas con mejor evidencia de efectividad y de coste-efectividad. Hacerlo desde una perspectiva grupal supone aprovechar las posibilidades educativas y de refuerzo que brinda el grupo para apoyar a las personas en un proceso de cambio que requiere esfuerzo. Por ello se proponen sesiones programadas en grupo con un compromiso para acudir a ellas (avisando previamente si no se va a asistir), y con una participación activa en las mismas (siguiendo las pautas que se marquen, cesando de fumar en la fecha escogida, leyendo el material de autoayuda que se entrega y acordando tratamiento farmacológico en caso necesario).

Objetivos

El objetivo general es el siguiente:

1. Proporcionar conocimientos, habilidades y estrategias que permitan un correcto abordaje del consumo del tabaco.

Los objetivos específicos son:

1. Dotar a las personas de conocimientos básicos que les permitan enfrentarse a su consumo.
2. Ayudar a cada persona a asumir e integrar sus emociones.
3. Entrenarles en una serie de habilidades que les serán útiles en el proceso de deshabituación.

Material y métodos

En el año 2011, y a través de la Gerencia de Atención Primaria del Área VII de Asturias, se informó a las empresas del Consejo de Mieres (Ayuntamiento, Juzgados, Policía Local, Campus de Mieres, empresas de la factoría Thyssen), de la posibilidad de que sus trabajadores fumadores que quisieran dejar de fumar se incorporaran, en horario laboral y de forma grupal, a unos talleres de deshabituación tabáquica.

De todas estas empresas, hasta el momento, solo una de las factorías Thyssen, la de ThyssenKrupp Norte, mostró interés en los talleres.

De esta empresa, once trabajadores iniciaron el proceso de ayuda, que inicialmente consistió en una entrevista individual explicativa del proceso de ayuda y una toma de los datos iniciales sobre consumo, año de inicio, paquetes/año, cigarrillos/día, CO, etc.

Posteriormente se realizaron talleres presenciales, impartidos por dos docentes enfermeros cada taller. El número de talleres en total fue de nueve, con una duración aproximada de dos horas cada uno.

Los talleres consistían en tres sesiones iniciales: una antes de dejar de fumar, otra el día D, y otra sesión más a los siete días después de dejar de fumar. Con posterioridad se llevaron a cabo otras sesiones: al mes, a los dos meses, a los tres meses, a los seis meses y al año.

Cada una de las sesiones seguía una metodología estructurada previamente con unos objetivos, unas actividades, unas tareas para casa y un material de ayuda. Un guión que pauta una forma de trabajo metodológica con un objetivo inicial de dejar de fumar y uno final de evitar las recaídas y poder llegar a considerar a la persona como exfumador/a al año del inicio.

Se trata de una intervención multicomponente, que combina técnicas fundamentalmente conductuales y tratamiento farmacológico, y que es la que se ha demostrado como más eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar.

Se diferencian tres fases:

- La primera, o **fase de preparación** que se centra en recabar y proporcionar la información sanitaria, con especial hincapié en los beneficios de dejar de fumar y en la eliminación de falsas expectativas y creencias erróneas, fomentando la motivación, la autoeficacia, el compromiso, el apoyo social y el autocontrol, creando estrategias de afrontamiento para los problemas más comunes que luego pueden aparecer. Se quiere que las personas analicen cada situación, que consoliden su decisión con una evaluación personal y organicen su propio abandono.
- La segunda, o **fase de abandono** que incide en el control del síndrome de abstinencia, y en el refuerzo de las habilidades y conocimientos sobre los problemas que pueden surgir en las primeras fases de dejar el tabaco.

- La tercera, o fase de mantenimiento o de prevención de recaídas, mediante estrategias de afrontamiento, autocontrol y prevención de recaídas, con el objetivo de mantenerse sin fumar indefinidamente, promocionando los hábitos saludables y el abordaje y reestructuración de las posibles recaídas.

Resultados

De las once personas que iniciaron el proceso de dejar de fumar, diez eran hombres y una era mujer. De estas 11 personas, al año de no fumar, 4 de ellos (36,36%) son consideradas ex fumadores (Gráfico 1).

La cantidad de tabaco consumida, lo que se refiere al número de paquetes/año (el número de cigarrillos al día por el número de años de fumador dividido entre 20 cigarrillos que trae una cajetilla) es de una media de 22,09 paquetes año (7-9) (Gráfico 2). Este dato orienta sobre algunas características del hábito tabáquico y en consecuencia de la dificultad de cambiar una conducta adictiva. Además este parámetro nos sirve para valorar la posibilidad de desarrollar una enfermedad o, incluso, las posibilidades de éxito o de fracaso de un intento de abandono (10-11). Aunque no existe un umbral de seguridad para el consumo de tabaco, sí existe una relación dosis/respuesta y esta es más alta en los fumadores con un mayor número de cigarrillos diarios.



Gráfico 1. Resultados de abandono del tabaco al año

Test de Fagerström

Es el instrumento más útil de los que se disponen en la actualidad (12-13) para medir el grado de dependencia física de nicotina que tienen los fumadores. Nosotros empleamos la forma abreviada del test, con dos preguntas:

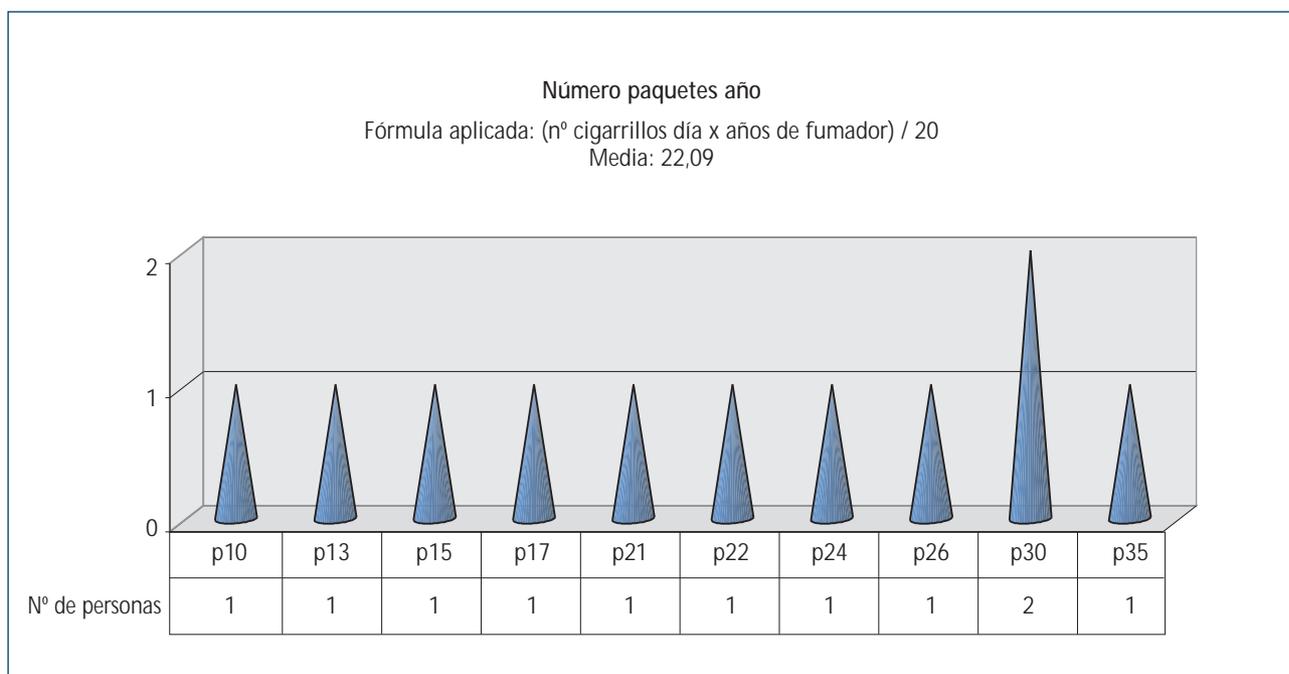


Gráfico 2. Consumo de paquetes al año por persona

- **¿Cuántos cigarrillos fuma al día?** Pasados a una escala (10 o menos, de 11 a 20, de 21 a 30 y más de 30).
- **¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?** (menos de 5 minutos, de 5 minutos a 30 minutos, de 31 minutos a 60 minutos y más de 60 minutos).

Cada apartado, con una puntuación de 0 a 3 puntos, ofrece tres grados de dependencia (baja, moderada y alta). En este grupo de personas, de las 11,5 de ellas tenían una dependencia baja y 6 de ellas tenían una dependencia moderada, ninguna tenía una dependencia alta.

Se ha demostrado que los fumadores con más alta puntuación en el test necesitan tratamiento farmacológico para dejar de fumar, e incluso se sabe que dependiendo de cuál sea la puntuación se deberá recomendar uno u otro fármaco para el abandono (14-15).

La medición de niveles de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado, se hizo a través de la cooximetría (16), esta cantidad está en relación con su hábito de consumo (Gráfico 3). Para esta medición se empleó un cooxímetro por intervalos (de 0-6 ppm, de 7-10, de 11-20, y de 20+ ppm) (ppm: partículas por millón). El nivel medio inicial de las personas del programa fue Alto, + 20 ppm.

Indica que la correspondencia entre el nivel de CO y el número de cigarrillos es alta. En aquellos fumadores que al año han dejado el consumo su nivel de CO es de (0-6 ppm) y, por tanto, normal.

La edad de inicio media en este grupo de fumadores ha sido de 17 años (Gráfico 4). La edad es un factor muy importante en cuanto al pronóstico futuro de abandono de fumar siendo más difícil la deshabituación si el comienzo es a edades muy tempranas. Aquí el inicio es muy temprano, 17 años, con lo cual la adherencia al tabaquismo es muy temprana.

El número de años fumando arrojó una media de 23,63 años de fumador. No constituye una media muy alta, por lo que el abandono en estos momentos sería muy conveniente para no alargarlo más en el tiempo, con las consecuencias negativas de dependiente que eso conllevaría.

El consumo inicial medio es de 19 cigarrillos al día, siguiendo al de otros estudios publicados (16) y que representa casi una cajetilla al día, con lo que se considera un consumo alto (Gráfico 5).

El número previo de intentos ha oscilado desde 0, 1, 2, y hasta 3 intentos previos para dejar de fumar; siendo el tiempo máximo sin fumar conseguido entre, < 1 mes, en tres casos, de 1 a 6 meses en 4 casos y en otros cuatro casos más de un año.

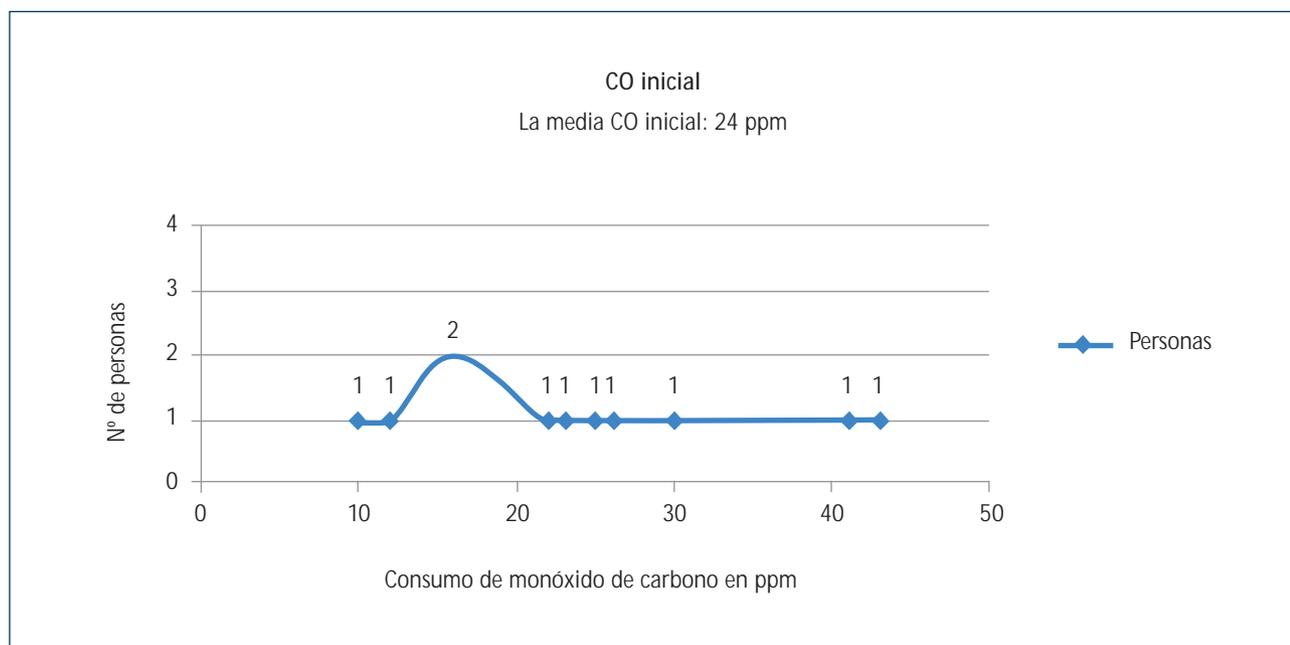


Gráfico 3. Consumos de monóxido de carbono iniciales del estudio

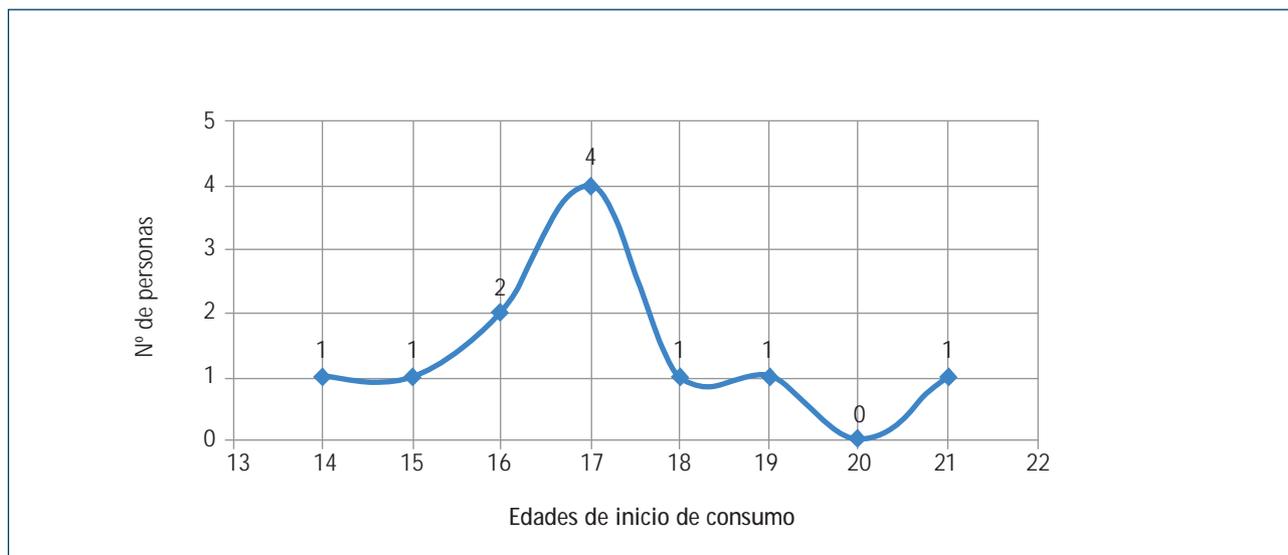


Gráfico 4. Edad de inicio de consumo de tabaco

Discusión y conclusiones

Estos datos muestran que la cantidad media de número de paquetes/años es alta (22,09) lo que significa, por un lado, la dificultad para un intento de abandono y, por otro, la posibilidad de desarrollar enfermedad.

El test de Fagerström indica que no existe ninguna dependencia alta, aunque principalmente hay una dependencia moderada, lo cual reafirma nuestra tesis de llevar a cabo una intervención con tratamiento farmacológico de todas las personas, al igual que el tratamiento cognitivo-conductual, para de esta forma tener una posibilidad mucho mayor de éxito al año (lo duplica), y así tratar de evitar determinados tipos de enfermedad.

El nivel de CO, monóxido de carbono, es alto, lo que confirma que la relación con el consumo de tabaco y número de cigarrillos es elevada. Esto indica que la posibilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco también es alta, y por tanto el factor de riesgo de enfermar con más probabilidad es mayor, en relación con aquellas personas que no fuman.

La edad de edad de inicio es muy temprana, 17 años, la adolescencia, lo que influye negativamente en el intento de deshabituación tabáquica, pues la adherencia al tabaquismo se produce a una edad muy temprana.

El número de años fumando (23, 63 años), no es aún muy alto, por lo que sería bueno que aquellos que no han conseguido dejar de fumar al año, lo siguieran intentando para llegar a ser no fumadores y no seguir manteniendo el riesgo de enfermedad, que al ser tiempo-dependiente presentan aquellos fumadores que continúan con el hábito.

El consumo inicial es alto, casi una cajetilla (20 cigarrillos) al día.

El número de intentos previos de dejar de fumar no es muy alto, más bien es bajo para una adicción tan importante. Así, todo el tiempo máximo sin fumar superior a un año, que se registró en cuatro personas, es un tiempo importante. En dos de ellos se relaciona con haber conseguido dejar de fumar, y los otros dos no llevaron a cabo ningún intento previo.

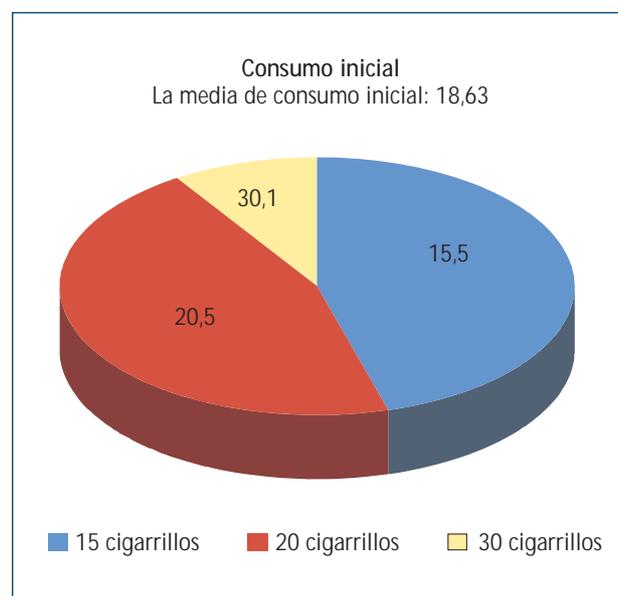


Gráfico 5. Consumo inicial del tabaco

Por otro lado, consideramos importante, como apoyo al proyecto y a la salud de los pacientes, la realización de una espirometría a aquellas personas de más de 40 años y que su número de paquetes año sea superior a 20.

Además, un control sobre el peso, en aquellas personas que han dejado el hábito de fumar, favorece la autoestima y ayuda a establecer un seguimiento tanto como ex fumador como de la alimentación saludable, para que no exista la posibilidad de presentar sobrepeso u obesidad en un futuro próximo o lejano.

Como conclusión podemos decir que el número de personas ex fumadoras se corresponde con los datos generales de los estudios existentes, entre un 20-40%. Esto teniendo en cuenta: un alto nivel de dependencia (test de Fagerström), los altos niveles de CO, la edad de inicio tan baja, 17 años, adolescencia, el consumo inicial también alto, y el bajo número de intentos previos. Así pues, con todo ello estamos satisfechos con la intervención realizada, con la participación grupal y con el apoyo empresarial tanto del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) como de la factoría ThyssenKrupp Norte, para abordar este importante problema de salud pública.

Bibliografía

- [1] Tobacco or health: a global status report. World Health Organization. Geneva: WHO; 1997.
- [2] Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Organización Médica Colegial; 2002.
- [3] Encuestas Nacionales de Salud de España 2001 y 2003. Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [4] Ayesta FJ, Otero M. El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. Manual de Tabaquismo. Madrid: Aula Médica; 2003.
- [5] DSM IV. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 1997.
- [6] Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop Smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000; 321:355-358.
- [7] Encuesta Nacional sobre el hábito de fumar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública; 1995.
- [8] Fiore MC, Wetter DW, Bailey WC, Bennett G, Cohen SJ, Dorfman SF, et al. The Agency for Health Care Policy and research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275:1270-80.
- [9] Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117(18): 692-694.
- [10] Doll R, Crofton J. Tobacco and the developing world. In: Doll R, Crofton J (eds). Tobacco and health. London: The Royal Society of Medicine Press; 1996. p. 206-221.
- [11] US Department of Health and Human Services. The Health consequences of smoking: Cancer. A report of the Surgeon General. Washington DC: US department of Health and Human Services; 1982.
- [12] Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. J Behav Med 1989; 12:159-182.
- [13] Heatherton TF, Kozlowsky LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.
- [14] Tonnesen P. Nicotine replacement and other drugs in smoking cessation. In: Bolliger CT, Fagerström KO (eds). The Tobacco epidemic. Prog Respire Res. Basel: Karger 1997; 28: 178-189. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.karger.com/Article/Abstract/62074>
- [15] Tonnesen P. Smoking cessation programs. In: Hansen HH (ed.). Lung Cancer. Amsterdam: Kluwer; 1994. p. 75-89.
- [16] Jarvis J, Russell MAH. Expired air CO: a simple breath of tobacco smoke intake. BMJ 1980; 281:484-485.