



Behavioral Health &
Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus
School of Medicine

DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud

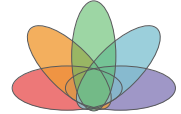
COMPLEMENTO

Poblaciones prioritarias: bajos ingresos



Behavioral Health & Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus • School of Medicine



Las DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud, complemento Poblaciones prioritarias: bajos ingresos, fueron desarrolladas por el Behavioral Health and Wellness Program de la University of Colorado, Anschutz Medical Campus, School of Medicine
Junio 2014

Chad D. Morris, PhD, Director
Cynthia W. Morris, PsyD, Clinical Director
Gina Lasky, PhD

Para obtener más información sobre estas herramientas, comuníquese con:

Behavioral Health and Wellness Program
University of Colorado Anschutz Medical Campus
School of Medicine
1784 Racine Street
Mail Stop F478
Aurora, Colorado 80045

Teléfono: 303.724.3713
Fax: 303.724.3717
Correo electrónico: bh.wellness@ucdenver.edu
Página web: www.bhwellness.org

Agradecimientos:

Este proyecto fue posible gracias al financiamiento proporcionado por Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE).



DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud, complemento

[Haga clic aquí para obtener acceso a la guía completa de DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud](#)

¿Por qué enfocarnos en las poblaciones de bajos ingresos?

El consumo de tabaco en las poblaciones de bajos ingresos duplica y más el índice de consumo de las poblaciones de altos ingresos.¹ Aunque el consumo de tabaco ha disminuido a nivel nacional, las personas de bajos ingresos o en pobreza continúan teniendo índices de consumo de tabaco significativamente más elevados.²

- El 27.9 % de los adultos que viven por debajo del límite federal de pobreza, consume tabaco, en contraste con el 17.9 % de quienes viven en el límite federal de pobreza o por encima del mismo.³
- Las personas que viven en pobreza también consumen tabaco durante casi el doble de tiempo (40 años, en contraste con 22 años) que las personas de mayores ingresos.⁴
- Las personas que viven en el límite de pobreza o por debajo del mismo también son menos propensas a dejar el tabaco que quienes tienen mayores niveles de ingresos.⁵
- Los residentes de vecindarios y viviendas de bajos ingresos sufren de mayor exposición no deseada al tabaco, incluso si no viven con un fumador.⁶

Además, las personas de bajos ingresos:

- Tienen poco acceso a tratamientos de eficacia comprobada para dejar el tabaco,
- Son menos propensos a utilizar los tratamientos disponibles
- Y fracasan más en sus intentos de dejar de fumar.⁷

Definición de “bajos ingresos”

Para estas herramientas, “bajos ingresos” incluye a todas las personas que encuentran barreras para lograr un estilo de vida saludable. Esto abarca a la gente que vive en pobreza, a las familias trabajadoras y a las personas con ingresos más elevados pero que enfrentan problemas de salud debido a limitaciones económicas.

DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud, complemento

[Haga clic aquí para obtener acceso a la guía completa de DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud](#)

Sobre estas herramientas

Estas herramientas complementarias proveen una guía para los proveedores de salud que desean dotar de tratamiento de eficacia comprobada a las personas de bajos ingresos que desean dejar de fumar. La meta es proveer métodos que no constituyan una carga, y asistir a los pacientes a fin de que apliquen cambios para asumir un estilo de vida sin tabaco. Las estrategias de eficacia comprobada para dejar el tabaco destinadas a la población de bajos ingresos son muy similares a las estrategias de eficacia comprobada para la población general. Sin embargo, es probable que los proveedores sientan que no están preparados o que no cuentan con las herramientas para abordar el consumo de tabaco con los pacientes que enfrentan retos económicos. Las poblaciones de bajos ingresos también enfrentan retos adicionales para dejar de fumar, como tener bajos niveles de alfabetización y ser objetivos específicos de las campañas de mercadeo para que consuman tabaco; por lo tanto, necesitan más apoyo enfocado de parte de los proveedores de salud para contrarrestar la falta de información.

Este complemento suministra información sobre esta población y cómo asociarse con los pacientes, a fin de ayudarlos a lograr sus metas de salud. También apoya a los proveedores de salud a fin de que adapten sus prácticas a los nuevos requisitos para dejar el tabaco, mediante las disposiciones del Uso Adecuado de la Ley de Protección al Paciente y de Atención Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Está diseñado para utilizarse conjuntamente con las [DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud](#), que contiene información basada en evidencia sobre las evaluaciones, desarrollo de destrezas e intervenciones de tratamientos para los pacientes que desean dejar de fumar.

Prevalencia del consumo de tabaco

Está claro que el consumo de tabaco es mayor en las poblaciones de bajos ingresos. Los índices de prevalencia de consumo de tabaco disminuyen significativamente a medida que aumentan los ingresos y se incrementan los niveles de educación formal.¹¹ Los proveedores de salud no deben asumir que sus pacientes de bajos ingresos consumen tabaco, pero deben estar conscientes de que el índice de consumo es significativamente mayor entre los pacientes de bajos ingresos y de que las evaluaciones e intervenciones son esenciales. Adicionalmente, hay subpoblaciones específicas entre las poblaciones de bajos ingresos que requieren de enfoque especial, debido a sus altos índices de consumo de tabaco.

Residentes de áreas rurales

A nivel nacional, las personas que viven en áreas rurales tienen menores ingresos que quienes viven en centros urbanos¹² y sufren de mayores problemas de salud por causa del tabaco.¹³

- Los adultos que viven en regiones rurales del país tienen muchas más probabilidades de fumar (22.2 %) que quienes viven en áreas suburbanas (17.3 %) o urbanas (18.1 %).¹⁴
- El 27 % de las mujeres y el 31% de los hombres de áreas rurales indican fumar regularmente.¹⁵
- Los índices de consumo de tabaco sin humo por parte de los residentes de áreas rurales son también significativamente más altos; ciertos estimados sugieren que son tres veces más elevados que los de las

poblaciones urbanas.¹⁶

- Los índices de consumo de tabaco también son más altos en los hogares y sitios de trabajo de áreas rurales, debido a que existen menos leyes que regulen la exposición al tabaco en lugares públicos.¹⁷
- Los residentes de áreas rurales enfrentan grandes obstáculos para acceder a la educación, prevención y tratamientos para dejar de fumar, a esto se suma el transporte, el pago de los tratamientos, bajos índices de seguro médico, insuficientes recursos por parte de los medios enfocados en cambiar los hábitos poco saludables, y muy escaso acceso a los servicios para dejar el cigarrillo.¹⁸

¿Sabía que...la densidad de puntos de venta y publicidad de tabaco es superior en las áreas de bajos ingresos?¹⁹

- La mayor cantidad de puntos de venta de tabaco en los vecindarios pobres y de diversidad racial/étnica es consistente, incluso es mayor que en poblaciones de más densidad.
- La mayor densidad de puntos de venta de tabaco es consistente en las comunidades pobres, independientemente de que sean urbanas o rurales.
- La mayor cantidad de puntos de venta de tabaco tiene efecto en el consumo del mismo y puede contribuir a la continua disparidad entre los índices de prevalencia de tabaco.

Independientemente de que la mayor densidad de población, o un aumento en la demanda, produzca una mayor cantidad de puntos de venta de tabaco en estas poblaciones, está claro que el aumento de acceso al tabaco en las comunidades de bajos ingresos incrementa las disparidades en la prevalencia de tabaco y se asocia con problemas de salud.

Personas sin hogar

Las personas sin hogar consumen tabaco de manera alarmante. Adicionalmente, constituyen una población con trastornos médicos complejos y crónicos debidos, en parte, al poco acceso a los servicios de salud.

- El 73 % de los adultos sin hogar declara que consumen tabaco actualmente (fumado, principalmente).²⁰ O sea, que tres cuartos de aproximadamente 2.3 a 3.5 millones de estas personas consumen tabaco en los Estados Unidos.²¹
- Solo el 54 % de las personas sin hogar indica haber recibido orientación para dejar de fumar por parte de un profesional de la salud.²²
- Los fumadores sin hogar quieren dejar el cigarrillo, lo que no los diferencia de los fumadores que sí tienen vivienda.²³

Este elevado índice de prevalencia y la falta de tratamientos adecuados conllevan resultados trágicos:

- Las personas sin hogar experimentan un índice de muertes relacionadas con el tabaco que duplica al de las personas con vivienda estable.²⁴
- Las enfermedades pulmonares constituyen un tercio de dichas muertes.²⁵

A medida que las poblaciones enfrentan mayores obstáculos, es incluso más importante que los proveedores de salud ofrezcan tratamientos de eficacia comprobada para dejar de fumar. Los proveedores deben abordar el consumo de tabaco, conversar sobre la salud a largo plazo a pesar de los factores de estrés agudos e inmediatos, y motivar y apoyar a las personas sin hogar que desean dejar de fumar.

Las personas sin hogar son el objetivo

Las personas sin hogar son un objetivo específico del mercadeo de las compañías tabacaleras. Consulte el recuadro de las [DIMENSIONES: herramientas antitabaco para los proveedores de salud](#) sobre el Proyecto SCUM.

“A medida que se fueron comprendiendo mejor los efectos que tiene el fumar en la salud, las personas más adineradas y educadas fueron las más propensas a dejar el cigarrillo. En consecuencia, las compañías tabacaleras incrementaron la publicidad centrada en los segmentos de bajos ingresos, poca educación formal y de minorías de la población de EE. UU.”²⁶

Además de enfocar su publicidad en las poblaciones sin hogar, las compañías tabacaleras incluso regalaban productos con el logotipo de los cigarrillos a dichas personas, tales como mantas con la marca de los cigarrillos. Adicionalmente, donaban muestras de cigarrillos a los refugios y organizaciones para las personas sin hogar.

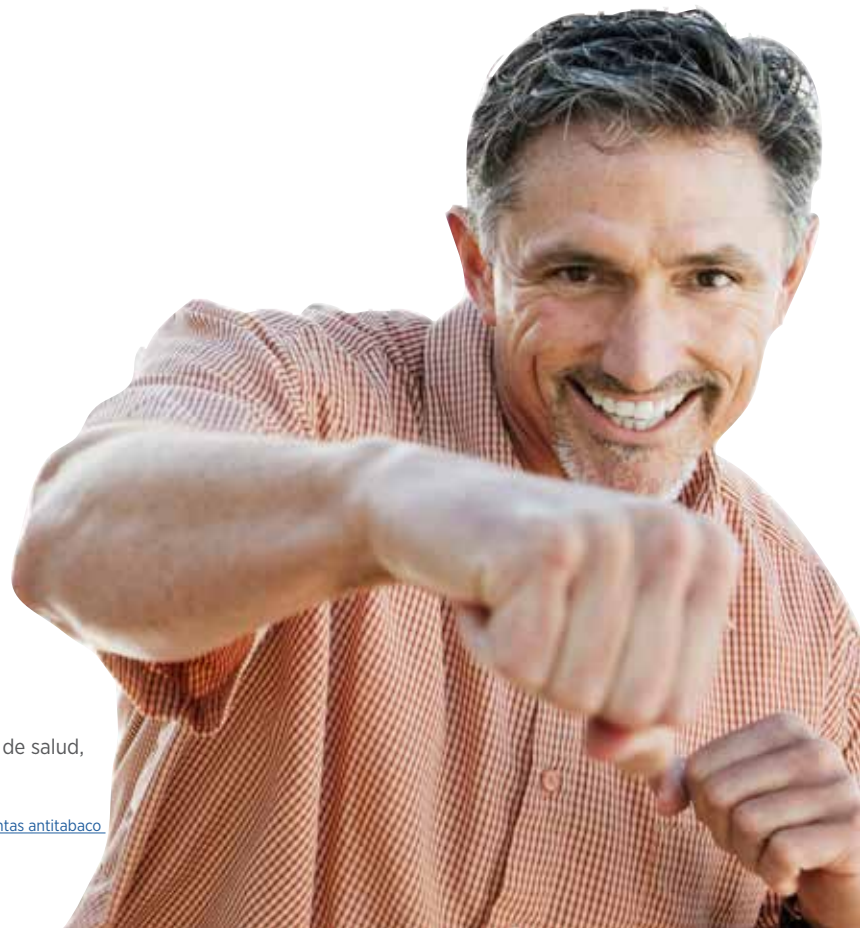
Más allá de enfocar sus esfuerzos en las personas sin hogar, las compañías tabacaleras desarrollaban sólidas relaciones con las organizaciones relacionadas con estas personas, a través de contribuciones caritativas.

El consumo de tabaco y la salud

Es bien sabido que el tabaco contribuye al desarrollo de muchas enfermedades serias y causas de muerte prematura. Décadas de investigaciones sobre disparidades demuestran que tener bajos ingresos también puede contribuir a sufrir de enfermedades crónicas y a morir prematuramente. Esto, en combinación con la evidencia de que el consumo de tabaco continúa siendo elevado en las poblaciones de bajos ingresos, representa una cruda realidad para las personas de recursos limitados.

DATOS BREVES...

- La gente con bajos ingresos muere antes que las personas con mayores ingresos, y esta disparidad está aumentando.²⁷
- Las personas de bajos ingresos también se enferman más a menudo y tienen mayor riesgo de sufrir de casi todas las enfermedades más serias, incluyendo cáncer, enfermedades cardíacas y diabetes. El consumo de tabaco es un significativo factor que contribuye al desarrollo de todas esas enfermedades.²⁸
- Las poblaciones de bajos ingresos indican tener un menor promedio de días saludables.²⁹
- La hospitalización por causas prevenibles aumenta a medida que los ingresos disminuyen.³⁰



DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud, complemento

[Haga clic aquí para obtener acceso a la guía completa de DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud](#)

Consecuencias del consumo de tabaco

Tanto los ingresos como la educación afectan la salud de las personas. La salud mejora cuando los ingresos y los niveles de educación son más elevados. Las personas con los ingresos y niveles educativos más bajos tienen la peor salud.³¹ Incluso las personas con ingresos y niveles educativos moderados son menos saludables que las personas con los mayores ingresos y niveles educativos.³² Como resultado, las comunidades de diversidad racial y étnica y de bajos ingresos experimentan una tasa desproporcionadamente alta de enfermedades crónicas, incluyendo diabetes tipo 2, hipertensión, hiperlipidemia y otras enfermedades.^{33, 34, 35}

Cáncer

A medida que disminuyen los ingresos, aumenta la mortalidad por causa de todos los tipos de cáncer. En los Estados Unidos, las personas que viven en áreas clasificadas como “marginadas” (áreas con falta de oportunidades educativas y laborales, elevados índices de pobreza y condiciones deficientes de vivienda) están en una situación de alto riesgo. De hecho, el grupo más marginado según estos factores tenía un índice de mortalidad por cáncer 19 % más alto que aquellos en el grupo menos marginado (las personas que viven en áreas con mayor acceso educativo y laboral, menores índices de pobreza y buenas viviendas).³⁶ El consumo de tabaco juega un importante papel en el incremento de la mortalidad. A medida que las poblaciones de bajos ingresos continúan consumiendo tabaco en mayores cantidades, también enfrentan mayores disparidades de mortalidad por cáncer pulmonar. En contraste, las personas con mayores ingresos han dejado de fumar y su riesgo de sufrir de cáncer pulmonar ha disminuido; por lo tanto, la disparidad en la mortalidad se ha incrementado.³⁷

Enfermedades cardiovasculares y derrames cerebrales

Las poblaciones de bajos ingresos también tienen una mayor incidencia de derrames cerebrales³⁸ de mayor severidad y menores índices de supervivencia.³⁹ Un nivel bajo de ingresos también se relaciona con un aumento del riesgo cardiovascular. Las diferencias en actividad física, hábito de fumar y obesidad explican parte de la

relación entre la situación de bajos ingresos y el incremento de las enfermedades cardiovasculares.⁴⁰

Diabetes

Los adultos con diabetes cuyos ingresos familiares están por debajo del nivel federal de pobreza tienen un índice de mortalidad por diabetes que duplica al de los adultos con los mayores ingresos.⁴¹ El tabaco tiene un efecto significativo en la mortalidad por diabetes. De hecho, un estudio indica que los índices de mortalidad por diabetes podría reducirse en un 7.5 % si los actuales fumadores dejaran el tabaco.⁴²

Reducción de la expectativa de vida

La diferencia de expectativa de vida entre las poblaciones de altos y de bajos ingresos está aumentando.⁴³ Los hombres con los menores ingresos tienen una expectativa de vida 7 años más corta que aquellos con los niveles de ingresos más elevados. La expectativa de vida de las mujeres con bajos ingresos es 4.4 años más corta que la de las mujeres más adineradas.⁴⁴ La raza y los logros educativos (relacionados estrechamente con los niveles de ingresos) también son factores de importancia en la expectativa de vida. Los hombres blancos con 16 años o más de educación formal para cuando tienen 25 años de edad, viven 14.2 años más que los hombres afroamericanos con menos de 12 años de educación formal para cuando tienen 25 años de edad. De igual manera, las mujeres blancas con los niveles más elevados de educación viven 10.3 años más que las mujeres afroamericanas con el menor nivel de educación formal.⁴⁵

Factores contribuyentes

Estigma y discriminación

Además de los riesgos adicionales para la salud, las personas que viven en pobreza y que consumen tabaco a menudo experimentan estigma y discriminación. La discriminación económica puede ser un importante factor de influencia en los efectos de la pobreza sobre la salud física.⁴⁶

- Las personas con bajos ingresos creen que la sociedad en general las percibe como una carga, holgazanas, irresponsables y como que “eligen” una “vida fácil” al desaprovechar las oportunidades.⁴⁷
- La discriminación percibida por las personas que viven en pobreza puede tener un efecto negativo significativo en su salud mental y física. También produce un aumento del estrés y puede conllevar a conductas poco saludables.⁴⁸
- Los proveedores de salud contribuyen al estigma y pueden afectar negativamente la participación de los pacientes en los servicios, así como su estado de salud.

El estigma hacia las personas con una combinación de bajos ingresos y consumo de tabaco hace que el acceso a servicios de salud adecuados sea incluso más difícil para ellas. Por estas razones, es esencial que los proveedores de salud incrementen su nivel de conciencia con respecto a cualquier prejuicio o estigma y que desarrollen herramientas para involucrar a sus pacientes a fin de lograr alianzas firmes que mejoren su salud.

Acceso limitado a los servicios de salud

Las poblaciones de bajos ingresos enfrentan barreras significativas para lidiar con el incremento de los riesgos a la salud, debido al poco acceso a servicios médicos. La falta de servicios médicos trae como consecuencia:

- Retrasos en el diagnóstico e identificación de enfermedades más serias, lo que requiere un mayor nivel de cuidados y servicios;⁴⁹
- Falta de cuidados, incluyendo servicios preventivos, para promover la buena salud y reducir el riesgo de enfermedades crónicas.⁵⁰

MITO: los pacientes de bajos ingresos están muy estresados con la vida diaria como para aplicar cambios a largo plazo a fin de mejorar su salud.

Muchos proveedores de salud creen que los factores de estrés relacionados con la inestabilidad de vivienda, la inseguridad alimentaria, la crianza de los niños y la inseguridad en sus vecindarios, son abrumadores. Adicionalmente, perciben a la gente de bajos ingresos como en “caos” o en “crisis continua.” Como resultado, los proveedores evitan conversar sobre las enfermedades crónicas, porque creen que sus pacientes ya tienen suficientes problemas y no pueden lidiar con uno más.

REALIDAD: los pacientes de bajos ingresos mueren debido a enfermedades crónicas sin tratamiento.

Aunque los proveedores tratan de mostrar empatía a sus pacientes, esta es una decisión peligrosa para los pacientes, que puede agudizar las disparidades en lo que respecta a la salud para esta población. Es vital que los proveedores de salud equilibren la “crisis” de los pacientes con la salud a largo plazo.

Inseguridad alimentaria

La inseguridad alimentaria (la dificultad de adquirir alimentos adecuados y seguros) está relacionada con una mala salud en niños y adultos. El consumo de tabaco y la inseguridad alimentaria en las poblaciones de bajos ingresos puede representar el doble de riesgos de tener problemas de salud. Los consumidores de tabaco a menudo lo compran en lugar de adquirir comida, debido a su naturaleza adictiva. Asimismo, vivir con un consumidor de tabaco duplica el índice de inseguridad alimentaria severa, tanto en niños como en adultos.⁵¹

- El 17 % de los niños que viven con consumidores de tabaco enfrentan inseguridad alimentaria, en comparación al 9 % de los hogares sin consumidores de tabaco.⁵²
- El 25% de los adultos que viven con consumidores de tabaco enfrentan inseguridad alimentaria, en comparación al 12% de los hogares sin consumidores de tabaco.⁵³

**Consulte las DIMENSIONES:
Herramientas de Bienestar Físico
para los Proveedores de Salud,
Complemento, Poblaciones prioritarias:
bajos ingresos, a fin de obtener
información más específica sobre
asuntos de nutrición y control de peso
para la población de bajos ingresos.**

[http://www.bhwellness.org/toolkits/
WB-Toolkit-Supp-Low-Income.pdf](http://www.bhwellness.org/toolkits/WB-Toolkit-Supp-Low-Income.pdf)

Dé un importante paso hacia la evaluación y disminución del riesgo de enfermedades crónicas en sus pacientes. Pregúnteles sobre la inseguridad alimentaria y el consumo de tabaco.



DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud, complemento

[Haga clic aquí para obtener acceso a la guía completa de DIMENSIONES: Herramientas antitabaco para los proveedores de salud](#)

Evaluación y planificación de las intervenciones

Muchas personas de bajos ingresos desean dejar de consumir tabaco y están motivadas a cambiar, pero a menudo carecen del conocimiento y de los recursos para aprender a vivir sin tabaco. Es importante que los proveedores hablen en cada visita sobre la eliminación del tabaco con todos los consumidores.

Dato breve...

De 506 fumadores de un consultorio con pacientes de bajos ingresos, el 4 % quería continuar fumando y el 51 % quería dejar de fumar para ese momento y no volver a fumar nunca más.⁵⁴

Las personas marginadas que consumen tabaco intentan dejar de fumar en escala similar al resto de los fumadores; sin embargo, tienen menos probabilidades de lograrlo. Los factores que contribuyen con esta discrepancia incluyen índices más elevados de dependencia a la nicotina, menos ayuda para dejar de fumar, usar el cigarrillo para lidiar con el estrés diario, y factores sociales o ambientales.⁵⁵ Las personas de bajos ingresos también son más propensas a intentar dejar el cigarrillo “de golpe” en lugar de utilizar los apoyos de eficacia comprobada para dejar el tabaco.⁵⁶ Para algunos, estas ayudas para dejar de fumar son muy caras; mientras que otros sospechan de los medicamentos y otras estrategias para dejar de fumar. Por lo tanto, los proveedores que motivan a los pacientes mediante más educación, específicamente adaptada a sus niveles de alfabetización, y suficiente apoyo e intervenciones de eficacia comprobada pueden tener un impacto significativo en estas poblaciones.

Los proveedores de salud juegan un papel vital

Las poblaciones de bajos ingresos corren mayores riesgos de consumir tabaco y de sufrir de enfermedades de salud relacionadas con el mismo; sin embargo, también tienen el mayor margen para mejorar. Los proveedores de salud pueden lograr mejoras drásticas en las poblaciones de bajos ingresos, al reducir el consumo de tabaco y el riesgo de que sufran de enfermedades crónicas. Abordar el consumo de tabaco mediante tratamientos de eficacia comprobada puede mejorar sus vidas.

- Los programas integrales para dejar de fumar pueden reducir la prevalencia de cigarrillo en las poblaciones de alto riesgo.⁸
- Las poblaciones de bajos ingresos pueden beneficiarse de un apoyo más específico para dejar de fumar.⁹
- Los proveedores de salud son cruciales para ayudar a los pacientes de bajos ingresos a identificar necesidades específicas de apoyo (p. ej., apoyo de compañeros o de grupo, cuidados personales, acceso a ayudas gratuitas, etc.) y luego, a diseñar un plan para lograr dichos apoyos.¹⁰

Intervenciones

Desarrollar relaciones sólidas

La herramienta más importante con la que cuenta un proveedor es su relación con el paciente. Una relación de sólida confianza entre los proveedores de salud y sus pacientes es la mejor base para las conversaciones que conllevan al desarrollo de asociaciones exitosas, mediante las que se logra una buena salud.

Los pacientes de bajos ingresos que consumen tabaco preocupan a los proveedores de salud. Los proveedores de salud pueden sentirse poco preparados para abordar los retos que estos pacientes enfrentan. También puede que tengan que superar las bajas expectativas que tienen con respecto a que sus pacientes puedan mejorar. Adicionalmente, pueden tener dificultades debido al limitado tiempo en la clínica para plantear la variedad de destrezas que los pacientes necesitan para adoptar hábitos saludables. Adicionalmente, la disparidad de ingresos entre los médicos y los pacientes de bajos ingresos puede hacer que esta alianza terapéutica sea un mayor reto.⁵⁷

Vea un corto anuncio educativo para los pacientes: “Tips from Former Smokers (Consejos de exfumadores)” de CDC en YouTube.



Estos pueden ser herramientas muy útiles para las salas de espera o

los consultorios de evaluación. <http://www.youtube.com/watch?v=d6iS44aHy4s>

Hay cada vez más evidencia de que los proveedores de salud pueden tener un impacto significativo en la salud de sus pacientes. El 70 % de todos los fumadores va a consultas médicas una vez al año y se ha demostrado que, incluso preguntar sobre la eliminación del tabaco es una intervención eficaz.⁵⁹ Es importante que los médicos entiendan, y así lo hagan saber a sus pacientes, lo difícil que puede ser dejar el tabaco, que provean estrategias para lidiar con las ansias de nicotina a corto plazo y que se mantengan centrados en los beneficios a largo plazo para la salud y en cuanto al ahorro de dinero.

Estrategias de práctica para los pacientes de bajos ingresos⁵⁸

- Usar un lenguaje simple y recursos visuales para eliminar el tabaco con los pacientes de bajo nivel de alfabetización.
- Ver la guía del Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) “Simply Put: A guide for creating easy-to-understand materials” (Así de simple: una guía para crear materiales educativos fáciles de entender) http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/simply_put.pdf
- Demostrar empatía con las experiencias del paciente.
- Solicitar ayuda a otros proveedores, trabajadores sociales y especialistas que pueden apoyar a los pacientes con otros factores de estrés (cuidado de niños, adquisición de vivienda, etc.).
- Proveer muestras gratuitas de medicamentos y programas para dejar de fumar donados por compañías farmacéuticas.
- Consultar el Programa de Vareniclina de Pfizer <https://www.chantix.com/index.aspx>
- Ajustar el plan de medicamentos del paciente a sus recursos. Por ejemplo, no todos los pacientes pueden utilizar terapias de combinación debido a su costo.

Intervenciones motivacionales

La reforma de salud y, en particular, los Estándares de Uso Adecuado han resultado en que las evaluaciones sobre el consumo de tabaco sean la norma en las prácticas médicas. Este nuevo y esencial “signo vital” requiere de seguimiento y planificación de cuidados. Es crucial que los proveedores realicen intervenciones motivacionales después de las evaluaciones, a fin de explorar junto a los pacientes su preparación para dejar de fumar y ayudarlos a establecer planes para el cambio. De hecho, establecer planes y hacer seguimiento es aun más importante para las poblaciones de bajos ingresos. Los proveedores que hacen énfasis en estos elementos de la eliminación de tabaco pueden mejorar en gran medida los índices de cesación de los pacientes de bajos ingresos.



A medida que los proveedores exploran maneras de incrementar sus destrezas para evaluar y hacer intervenciones

motivacionales, estos dos videos pueden incrementar la comprensión de las entrevistas motivacionales ideales. Animamos a los proveedores para que, primero vean el video “Ineffective Physician” (Médico ineficaz), y que después vean e video “Effective Physician” (Médico eficaz), a fin de que identifiquen las preguntas y estilos de entrevistas clínicas eficaces.

El médico ineficaz: <http://www.youtube.com/watch?v=80XyNE89eCs>

El médico eficaz: <http://www.youtube.com/watch?v=URiKA7CKtfc>

Las evaluaciones no bastan

Según los autoinformes, muchos proveedores de cuidados primarios que trabajan con poblaciones de bajos ingresos preguntan sobre el consumo de tabaco y aconsejan a las personas para que dejen de fumar. Sin embargo, pocos proveedores ayudan a los pacientes a establecer un plan para dejar de fumar o hacen el seguimiento correspondiente.⁶⁰

- Sin embargo, los proveedores preguntaron sobre el consumo de tabaco el 92 % de las veces y aconsejaron a las personas de bajos ingresos a dejar de fumar el 82 % de las veces,
- Los proveedores ayudaron a los pacientes a establecer un plan y solamente el 32 % de las veces y establecieron sesiones de seguimiento el 21 % de las veces.⁶¹

Sin embargo, las investigaciones sobre la adherencia de los médicos a los protocolos de evaluación recomendados difieren de estos autoinformes. La encuesta del National Ambulatory Medical Care encontró que⁶²:

- Solo el 62.7 % de las visitas médicas incluyeron una evaluación sobre el consumo de tabaco;
- Las evaluaciones sobre el consumo de tabaco fueron más frecuentes en los pacientes con seguro privado (el 64.8 %) que en los que tienen Medicaid/SCHIP (el 63.4 %) o en los que pagan por sus servicios médicos (el 63.7 %).
- Entre los pacientes identificados como fumadores actuales, solo el 7.6 % recibió una prescripción o una receta médica para un medicamento relacionado con la eliminación de tabaco.

Ambos estudios resaltan la necesidad crucial de que los proveedores evalúen el consumo de tabaco y que continúen con el seguimiento, la planificación y la asistencia.

Cesación del consumo de tabaco y Uso Adecuado de ACA

Los cambios implementados recientemente a través de la Ley de Protección al Paciente y de Atención Asequible fueron diseñados para superar las barreras de tratamiento; sin embargo, los pacientes sin seguro corren aún mayores riesgos.

Criterios de Uso Adecuado

La Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible, las decisiones sobre los servicios de orientación para dejar de fumar de los centros de Medicare y Medicaid, y otras leyes recientes tienen implicaciones significativas para los proveedores de cuidados primarios. Aunque un análisis total de Uso Adecuado va más allá del ámbito de esta guía, para 2014, los proveedores estarán obligados legalmente a ofrecer a muchos de sus pacientes de bajos ingresos, algún tipo de evaluación sobre el consumo de tabaco y también servicios para dejar de fumar. Los Criterios de Uso Adecuado aseguran la identificación de los consumidores de tabaco, mientras que las medidas clínicas de calidad hacen seguimiento a los servicios para dejar de fumar que ofrecen los proveedores.

Las regulaciones finales sobre los Criterios de Uso Adecuado se emitieron en julio de 2010; los pagos de incentivo comienzan en 2011 y la aplicación obligatoria comienza en 2014. Los Criterios de Uso Adecuado para el hábito de fumar en la Etapa 2, indican que:

- Los proveedores deben evaluar el hábito de fumar de más del 50 % de todos los pacientes de 13 años de edad o más.
- Las evaluaciones sobre el consumo de tabaco y las intervenciones para eliminarlo son una de las tres medidas fundamentales de calidad clínica que los médicos tendrán que reportar.
- Específicamente, los médicos tendrán que llevar un control de los pacientes de 18 años de edad o más, que fuman en la actualidad, que van a una consulta médica durante el año de medición y que reciben consejos, intervenciones y recomendaciones para usar medicamentos de eliminación de tabaco y otras estrategias.

Para obtener más información, vea <http://www.healthit.gov/providers-professionals/achieve-meaningful-use/core-measures/record-smoking-status>

http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/downloads/9_Record_Smoking_Status.pdf

sobre la Uso Adecuado de ACA.

Al trabajar con otros pacientes de bajos ingresos, los proveedores de salud deben invertir más tiempo en las tres “A” (Analizar, Asistir y Arreglar). Puede que se requiera de más tiempo para analizar las obstáculos para el cambio y, luego, para asistir y arreglar los recursos para abordar dichos obstáculos. Cuando haya poco tiempo, el enfoque debe hacerse en el modelo de las dos “A” y la “R”: Averiguar, Aconsejar y Referir. Este es un papel importante que pueden desempeñar muchos miembros no médicos de los hogares de salud, así como hacer otros enfoques basados equipos. Las enfermeras, coordinadores de servicios, consultores de salud conductual etc., pueden facilitar estas conversaciones esenciales.



Conversación de las dos “A” y la “R”: Averiguar, Aconsejar y Referir.

Este breve video puede ayudar a demostrar la aplicación médica de las dos “A” y la “R” (6 minutos):

<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/groups/health-care-providers.html>

Tratamiento

Los tratamientos de eliminación de tabaco para las poblaciones de bajos ingresos no difieren de los de la población general. Como ya vimos, lo más importante para esta población son las evaluaciones y planificación exhaustivas, poniendo énfasis en conectar a las personas con los recursos que necesitan. El apoyo y motivación son vitales para los pacientes que desean dejar de consumir tabaco.

MANTÉNGASE INFORMADO

La FDA cambia periódicamente la identificación de las terapias de reemplazo de nicotina

<http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm345087.htm>

Elementos esenciales de los tratamientos para eliminar el tabaco

1. los recursos para la eliminación del tabaco, incluyendo las terapias de reemplazo de nicotina (NRT) y otros medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA se enfocan en el tratamiento de los síntomas físicos del síndrome de abstinencia. Es probable que las poblaciones de bajos ingresos requieran de ayuda para identificar maneras de obtener a bajo costo medicamentos para la eliminación del tabaco
2. Tratamientos conductuales para ayudar a la gente a cambiar de conductas y hábitos.
3. Educación de apoyo sobre el consumo de tabaco, el proceso de dejar de fumar y las maneras de superar los obstáculos.
4. Referir y arreglar los recursos para las personas a fin de apoyar el proceso de dejar el tabaco.
5. Hacer énfasis en los apoyos sociales para dejar el cigarrillo y vivir sin tabaco.

Vea los siguientes recursos para ayudar a cubrir el costo de los medicamentos

Tratamiento para dejar de consumir tabaco: ¿Qué está cubierto?

<http://www.lung.org/stop-smoking/tobacco-control-advocacy/reports-resources/tobacco-cessation-affordable-care-act/what-is-covered.html>

Health Resources and Services Administration—Prevención del consumo de tabaco y eliminación del hábito de fumar <http://www.hrsa.gov/stopsmoking.html>

Kit básico de \$9 para dejar el tabaco

<http://www.commissiononhealth.org/ModelProgram.aspx?Recommendation=63925&Story=64763>

Center for Disease Control—Cobertura para los tratamientos de eliminación de tabaco

http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/pdfs/reimbursement_brochure.pdf

Educación sobre medicamentos y enlaces de Smoke

<http://smokefree.gov/explore-medications>

Terapias conductuales y programas de apoyo

Eliminación del tabaco mediante personal no médico

Los proveedores de atención primaria está sintiendo lo efectos de la creciente presión de tener que ocuparse de más cosas con los pacientes, y a la vez mantener las citas breves. La realidad es que muchos proveedores no pueden invertir el tiempo requerido para proveer suficientes servicios preventivos y atención a las enfermedades crónicas. Asistir a los pacientes a fin de apliquen las técnicas de autocontrol es un complemento crucial de los tratamientos de eliminación de tabaco de los proveedores.

Los asistentes médicos ya han entrenado exitosamente a los pacientes de bajos ingresos en lo referente al autocontrol de enfermedades crónicas (diabetes tipo 2, hipertensión e hiperlipidemia).⁶³ Capacitar a los asistentes médicos en el apoyo a la eliminación de tabaco y uso de las 5 “A” puede ser una extensión que mejore la eficiencia en los establecimientos de atención primaria.

Ya se han implementado experiencias piloto con pacientes como “navegadores” para aplicar los pasos de Analizar, Asistir y Arreglar, y se han organizado sesiones de seguimiento con los pacientes a fin de contribuir con las intervenciones para la eliminación del tabaco en los establecimientos de atención primaria.⁶⁴

Adicionalmente a los tratamientos tradicionales de eliminación de tabaco, las poblaciones de bajos ingresos necesitan que se haga más énfasis en los enfoques terapéuticos y en las intervenciones conductuales. Los enfoques que fomentan el consumo de medicamentos para eliminar el tabaco, que apoyan el uso de medicamentos y también abordan la reducción del estrés, mediante el aumento de las destrezas para lidiar con el mismo, pueden incrementar la eliminación de tabaco en las poblaciones de bajos ingresos.⁶⁵

Recursos educativos y apoyos adicionales para los proveedores:

Informe de orientación del Director General de Salud para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/clinician_sheet/pdfs/clinician.pdf

Presentación que analiza la teoría e importancia del apoyo social para la eliminación del tabaco.
<http://www.legacyforhealth.org/content/download/751/8398/version/1/file/Mermelstein.pdf>

Las DIMENSIONES: el Programa de Eliminación de Tabaco es un programa de eficacia comprobada para dejar de fumar, diseñado para suministrar a los proveedores y colegas la información y destrezas necesarias para promover con éxito la eliminación de tabaco en sus organizaciones.
<http://www.bhwellness.org/programs/tobaccofree/>

Recursos educativos y apoyos adicionales para los pacientes:

La Sociedad Estadounidense contra el Cáncer tiene un grupo de apoyo contra el tabaco llamado *Fresh Start*

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@highplains/documents/document/freshstartbrochurefinalpdf.pdf>

Recursos educativos para dejar de fumar

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002971-pdf.pdf>

Recursos educativos para dejar de consumir tabaco sin humo

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/acspc-035551-pdf.pdf>

ExCommunity. Programa en línea y gratuito para dejar de fumar

<http://community.becomeanex.org/>

Recursos para los amigos de fumadores, con consejos rápidos para apoyar a sus seres queridos a fin de que dejen el tabaco

<http://smokingcessationleadership.ucsf.edu/socialsupport.htm>

Recursos para los consumidores de tabaco, con apoyo de expertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana

<http://smokefree.gov/talk-to-an-expert>

Sitio web que ofrece apoyo durante los intentos para dejar de fumar y provee ideas durante los momentos difíciles del proceso

<http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/quitting-smoking-help-for-cravings-and-tough-situations>

Recurso para educar a los consumidores de tabaco sobre los productos para dejar de fumar

<http://www.fda.gov/forconsumers/consumerupdates/ucm198176.htm>



Cómo identificar recursos a nivel local y nacional

Recurso	Descripción
Departamentos de Salud Pública Estatal	<p>Aprenda sobre los programas estatales y solicite información sobre los Departamentos de Salud Pública del condado local, a fin de saber sobre los programas regionales específicos para dejar de fumar.</p>
Líneas directas estatales para dejar de fumar	<p>El Consorcio Norteamericano de Líneas para Dejar de Fumar tiene un sitio web de mapas interactivos a nivel nacional, que muestra las líneas directas de cada estado, con detalles sobre contactos e información sobre dichas líneas. http://map.naquitline.org/</p> <p>También tienen información adicional sobre las líneas para dejar de fumar en su sitio web, tal como los recursos de las líneas asociadas con Medicaid. http://www.naquitline.org/?page=MedicaidCoverage</p>
Departamentos estatales de Medicaid	<p>Muchas personas de bajos ingresos reúnen los requisitos para participar en los programas o seguros de Medicaid bajo la ampliación ACA de Medicaid. Entérese de lo que cubre el plan de Medicaid de su estado con respecto a la eliminación del tabaco, y qué otros recursos ofrecen.</p> <p>La Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales cuenta con información adicional y una red de programas estatales de Medicaid para dejar de fumar. http://www.ncsl.org/research/health/tobacco-cessation.aspx</p>
Centros para el Control y Prevención de Enfermedades	<p>Este recurso incluye información general para eliminar el tabaco y enlaces de información sobre las líneas para dejar de fumar, cobertura para la eliminación del tabaco y lineamientos de prácticas clínicas. http://www.cdc.gov/tobacco/</p>

Notas finales

- ¹ Campaign for Tobacco Free Kids. (2009). Tobacco and Socioeconomic Status. Retrieved from <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0260.pdf>
- ² Christiansen, B., Reeder, K., Hill, M., Baker, T.B., & Fiore, M.C. (2013). Smoking characteristics and implications for treatment among the very poor. *Clinician's Research Digest: Adult Population*, 31(1), 1.
- ³ Agaku, I. T., King, B. A., & Dube, S. R. (2014). Current cigarette smoking among adults—United States, 2005-2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(2), 29-34. Retrieved from <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/mm6302a2.htm>
- ⁴ Siahpush, M., Singh, G. K., Jones, P. R., & Timsina, L. R. (2010). Racial/ethnic and socioeconomic variations in duration of smoking: Results from 2003, 2006 and 2007 Tobacco Use Supplement of the Current Population Survey. *Journal of Public Health*, 32(2), 210-218.
- ⁵ Campaign for Tobacco Free Kids. (2009). Tobacco and Socioeconomic Status. Retrieved from <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0260.pdf>
- ⁶ Kraev, T. A., Adamkiewicz, G., Hammond, S. K., & Spengler, J. D. (2009). Indoor concentrations of nicotine in low-income, multi-unit housing: Associations with smoking behaviours and housing characteristics. *Tobacco Control*, 18, 438-444.
- ⁷ Christiansen, B., Reeder, K., Hill, M., Baker, T.B., & Fiore, M.C. (2013). Smoking characteristics and implications for treatment among the very poor. *Clinician's Research Digest: Adult Population*, 31(1), 1.
- ⁸ Richard, P., West, K., & Ku, L. (2012). The return on investment of a Medicaid tobacco cessation program in Massachusetts. *Plos One*, 7(1), e29665.
- ⁹ Stewart, M. J., Kushner, K. E., Greaves, L., Letourneau, N., Spitzer, D., & Boscoe, M. (2010). Impacts of a support intervention for low-income women who smoke. *Social Science & Medicine*, 71(11), 1901-1909.
- ¹⁰ Stewart, M. J., Greaves, L., Kushner, K. E., Letourneau, N. L., Spitzer, D. L., & Boscoe, M. (2011). Where there is smoke, there is stress: Low-income women identify support needs and preferences for smoking reduction. *Health Care for Women International*, 32(5), 359-383.
- ¹¹ Truman, B. I., Smith, K. C., Roy, K., Chen, Z., Moonesinghe, R., Zhu, J., ... & Zaza, S. (2011). Rationale for regular reporting on health disparities and inequalities—United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report - Surveillance Summary*, 60, 3-10.
- ¹² The White House, Council of Economic Advisors, Strengthening the rural economy-The current state of rural America. Retrieved from <http://www.whitehouse.gov/administration/eop/cea/factsheets-reports/strengthening-the-rural-economy/the-current-state-of-rural-america>
- ¹³ Mumford, E. A., Levy, D. T., Gitchell, J. G., & Blackman, K. O. (2006). Smokeless tobacco use 1992-2002: Trends and measurement in the current population survey-tobacco use supplements. *Tobacco Control*, 15(3), 166-171.
- ¹⁴ Mumford, E. A., Levy, D. T., Gitchell, J. G., & Blackman, K. O. (2006). Smokeless tobacco use 1992-2002: Trends and measurement in the current population survey-tobacco use supplements. *Tobacco Control*, 15(3), 166-171.
- ¹⁵ Eberhardt, M.S., Ingram, D.D., Makuk, D.M., et al. (2001). Urban and Rural Health Chartbook. *Health, United States, 2001*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 32-35.
- ¹⁶ Mumford, E. A., Levy, D. T., Gitchell, J. G., & Blackman, K. O. (2006). Smokeless tobacco use 1992-2002: Trends and measurement in the current population survey-tobacco use supplements. *Tobacco Control*, 15(3), 166-171.
- ¹⁷ Mumford, E. A., Levy, D. T., Gitchell, J. G., & Blackman, K. O. (2006). Smokeless tobacco use 1992-2002: Trends and measurement in the current population survey-tobacco use supplements. *Tobacco Control*, 15(3), 166-171.
- ¹⁸ Stevens, S., Colwell, B., & Hutchison, L. (2010). Tobacco use in rural areas: A literature review. *Rural Healthy People*, 237-249.
- ¹⁹ Rodriguez, D., Carlos, H. A., Adachi-Mejia, A. M., Berke, E. M., & Sargent, J. D. (2013). Predictors of tobacco outlet density nationwide: A geographic analysis. *Tobacco Control*, 22(5), 349-355.
- ²⁰ Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2012). Smoking among chronically homeless adults: Prevalence and correlates. *Psychiatric Services*, 63(6), 569-576.
- ²¹ Baggett, T. P., & Rigotti, N. A. (2010). Cigarette smoking and advice to quit in a national sample of homeless adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(2), 164-172.
- ²² Baggett, T. P., & Rigotti, N. A. (2010). Cigarette smoking and advice to quit in a national sample of homeless adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(2), 164-172.
- ²³ Baggett, T. P., Lebrun-Harris, L. A., & Rigotti, N. A. (2013). Homelessness, cigarette smoking and desire to quit: Results from a U.S. national study. *Addiction*, 108(11), 2009-2018.

- ²⁴ Synder, L.D., & Eisner, M.D. (2004). Obstructive lung disease among the urban homeless. *Chest*, 125(5), 1719-1725.
- ²⁵ Synder, L.D., & Eisner, M.D. (2004). Obstructive lung disease among the urban homeless. *Chest*, 125(5), 1719-1725.
- ²⁶ Apollonio, D. E., & Malone, R. E. (2005). Marketing to the marginalised: Tobacco industry targeting of the homeless and mentally ill. *Tobacco Control*, 14(6), 409-415.
- ²⁷ Congressional Budget Office. (2008). Growing disparities in life expectancy. *Economic and Budget Issue Brief*. Retrieved from http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/91xx/doc9104/04-17-lifeexpectancy_brief.pdf
- ²⁸ Congressional Budget Office. (2008). Growing disparities in life expectancy. *Economic and Budget Issue Brief*. Retrieved from http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/91xx/doc9104/04-17-lifeexpectancy_brief.pdf
- ²⁹ Truman, B. I., Smith, K. C., Roy, K., Chen, Z., Moonesinghe, R., Zhu, J., ... & Zaza, S. (2011). Rationale for regular reporting on health disparities and inequalities—United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report - Surveillance Summary*, 60, 3-10.
- ³⁰ Truman, B. I., Smith, K. C., Roy, K., Chen, Z., Moonesinghe, R., Zhu, J., ... & Zaza, S. (2011). Rationale for regular reporting on health disparities and inequalities—United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report - Surveillance Summary*, 60, 3-10.
- ³¹ Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Williams, D. R., & Pamuk, E. (2010). Socioeconomic disparities in health in the United States: What the patterns tell us. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S186-S196.
- ³² Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Williams, D. R., & Pamuk, E. (2010). Socioeconomic disparities in health in the United States: What the patterns tell us. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S186-S196.
- ³³ Centers for Disease Control and Prevention. (2011). 2011 National diabetes fact sheet. Retrieved from <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/estimates11.htm>.
- ³⁴ Thackeray, R., Merrill, R. M., & Neiger, B. L. (2004). Disparities in diabetes management practices between racial and ethnic groups in the United States. *Diabetes Education*, 30, 665-673.
- ³⁵ Bailey, J. E., Hajjar, M., Shoib, B., Tang, J., Ray, M. M., & Wan, J. Y. (2012). Risk factors associated with antihypertensive medication nonadherence in a statewide Medicaid population. *American Journal of Medical Science*, 14(0), 1-6.
- ³⁶ Singh, G. K., Williams, S. D., Siahpush, M., & Mulhollen, A. (2012). Socioeconomic, rural-urban, and racial inequalities in U.S. cancer mortality: Part I-All cancers and lung cancer and Part II- Colorectal, prostate, breast, and cervical cancers. *Journal of Cancer Epidemiology*, 2011, 1-27.
- ³⁷ Singh, G. K., Williams, S. D., Siahpush, M., & Mulhollen, A. (2012). Socioeconomic, rural-urban, and racial inequalities in U.S. cancer mortality: Part I-All cancers and lung cancer and Part II- Colorectal, prostate, breast, and cervical cancers. *Journal of Cancer Epidemiology*, 2011, 1-27.
- ³⁸ Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K. M., Crichton, S., Sheldenkar, A., Chen, R., ... & McKeivitt, C. (2012). Socioeconomic status and stroke: An updated review. *Stroke*, 43(4), 1186-1191.
- ³⁹ Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K. M., Crichton, S., Sheldenkar, A., Chen, R., ... & McKeivitt, C. (2012). Socioeconomic status and stroke: An updated review. *Stroke*, 43(4), 1186-1191.
- ⁴⁰ Karlamangla, A. S., Merkin, S. S., Crimmins, E. M., & Seeman, T. E. (2010). Socioeconomic and ethnic disparities in cardiovascular risk in the United States, 2001-2006. *Annals of Epidemiology*, 20(8), 617-628.
- ⁴¹ Saydah, S., & Lochner, K. (2010). Socioeconomic status and risk of diabetes-related mortality in the U.S. *Public health reports*, 125(3), 377.
- ⁴² Nelson, K. M., Boyko, E. J., & Koepsell, T. (2010). All-cause mortality risk among a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 33(11), 2360-2364.
- ⁴³ Singh, G. K., & Siahpush, M. (2006). Widening socioeconomic inequalities in U.S. life expectancy, 1980-2000. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 969-979.
- ⁴⁴ Clarke, C. A., Miller, T., Chang, E. T., Yin, D., Cockburn, M., & Gomez, S. L. (2010). Racial and social class gradients in life expectancy in contemporary California. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1373-1380.
- ⁴⁵ Olshansky, S. J., Antonucci, T., Berkman, L., Binstock, R. H., Boersch-Supan, A., Cacioppo, J. T., ... & Rowe, J. (2012). Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Affairs*, 31(8), 1803-1813.
- ⁴⁶ Fuller-Rowell, T. E., Evans, G. W., & Ong, A. D. (2012). Poverty and health: The mediating role of perceived discrimination. *Psychological Science*, 23(7), 734-739.
- ⁴⁷ Reutter, L. I., Stewart, M. J., Veenstra, G., Love, R., Raphael, D., & Makwarimba, E. (2009). "Who do they think we are, anyway?": Perceptions of and responses to poverty stigma. *Qualitative Health Research*, 19(3), 297-311.
- ⁴⁸ Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531.
- ⁴⁹ Campaign for Tobacco Free Kids. (2009). Tobacco and Socioeconomic Status. Retrieved from <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0260.pdf>

- ⁵⁰ Campaign for Tobacco Free Kids. (2009). Tobacco and Socioeconomic Status. Retrieved from <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0260.pdf>
- ⁵¹ Cutler-Triggs, C. (2008). Increased rates and severity of child and adult food insecurity in households with adult smokers. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, *162*, 1056-62.
- ⁵² Cutler-Triggs, C. (2008). Increased rates and severity of child and adult food insecurity in households with adult smokers. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, *162*, 1056-62.
- ⁵³ Cutler-Triggs, C. (2008). Increased rates and severity of child and adult food insecurity in households with adult smokers. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, *162*, 1056-62.
- ⁵⁴ Macken, K. M., Wilder, D., Mersy, D. J., & Madlon-Kay, D. J. (1991). Smoking patterns in a low-income urban population: A challenge to smoking cessation efforts. *Journal of Family Practice*, *32*(1), 93-95.
- ⁵⁵ Paul, C. L., Ross, S., Bryant, J., Hill, W., Bonevski, B. & Keevy, N. (2010). The social context of smoking: A qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC Public Health*, *10*, 211.
- ⁵⁶ Christiansen, B., Reeder, K., Hill, M., Baker, T. B., & Fiore, M. C. (2013). Smoking characteristics and implications for treatment among the very poor. *Clinician's Research Digest: Adult Population*, *31*(1), 1.
- ⁵⁷ Loignon, C., Haggerty, J. L., Fortin, M., Bedos, C. P., Allen, D., & Barbeau, D. (2010). Physicians' social competence in the provision of care to persons living in poverty: Research protocol. *BMC Health Services Research*, *10*, 79.
- ⁵⁸ Willems, S. J., Swinnen, W., & De Maeseneer, J. M. (2005). The GP's perception of poverty: A qualitative study. *Family Practice*, *22*, 177-183.
- ⁵⁹ Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., et al. (2009). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- ⁶⁰ Lubetkin, E. I., Lu, W. H., Krebs, P., Yeung, H., & Ostroff, J. S. (2010). Exploring primary care providers' interest in using patient navigators to assist in the delivery of tobacco cessation treatment to low income, ethnic/racial minority patients. *Journal of Community Health*, *35*(6), 618-624.
- ⁶¹ Lubetkin, E. I., Lu, W. H., Krebs, P., Yeung, H., & Ostroff, J. S. (2010). Exploring primary care providers' interest in using patient navigators to assist in the delivery of tobacco cessation treatment to low income, ethnic/racial minority patients. *Journal of Community Health*, *35*(6), 618-624.
- ⁶² Jamal, A., Dube, S. R., Malarcher, A. M., Shaw, L., Engstrom, M. C., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Tobacco use screening and counseling during physician office visits among adults—National Ambulatory Medical Care Survey and National Health Interview Survey, United States, 2005–2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *61*, 38-45.
- ⁶³ Willard-Grace, R., DeVore, D., Chen, E. H., Hessler, D., Bodenheimer, T., & Thom, D. H. (2013). The effectiveness of medical assistant health coaching for low-income patients with uncontrolled diabetes, hypertension, and hyperlipidemia: Protocol for a randomized controlled trial and baseline characteristic of the study population. *BMC Family Practice*, *14*, 27.
- ⁶⁴ Lubetkin, E. I., Lu, W. H., Krebs, P., Yeung, H., & Ostroff, J. S. (2010). Exploring primary care providers' interest in using patient navigators to assist in the delivery of tobacco cessation treatment to low income, ethnic/racial minority patients. *Journal of Community Health*, *35*(6), 618-624.
- ⁶⁵ Bock, B. C., Papandonatos, G. D., de Dios, M. A., Abrams, D. B., Azam, M. M., Fagan, M., ... & Niaura, R. (2013). Tobacco cessation among low-income smokers: Motivational enhancement and nicotine patch treatment. *Nicotine & Tobacco Research*, 166.

El Behavioral Health and Wellness Program DIMENSIONES está diseñado para capacitar a colegas y proveedores a ayudar a la gente, a fin de que mantenga un estilo de vida saludable. Las DIMENSIONES: las capacitaciones sobre las Técnicas Avanzadas del Programa de Bienestar Físico apoyan a las personas a fin de que conciben y logren sus metas de bienestar físico, mediante estrategias de participación motivacional, procesos grupales, remisiones comunitarias y actividades educativas. Comuníquese con el Behavioral Health and Wellness Program en bh.wellness@ucdenver.edu para obtener más información.



Behavioral Health &
Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus
School of Medicine